

عوامل روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر گرایش مردان به جراحی زیبایی: یک مرور نظام مند

امین زندی^{۱*}، عزیزالله تاجیک اسمعیلی^۱، محمد حسین عبدالهی^۱، حسن رضا زین آبادی^۱

^۱ دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران

*نویسنده مسئول: دانشگاه خوارزمی، کرج، ایران. ایمیل: a.zandi.khu@gmail.com

دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۱۸ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۲۸

چکیده

مقدمه: بدن مردانه در جوامع معاصر به عرصه‌ای برای سرمایه‌گذاری اجتماعی، شغلی و عاطفی تبدیل شده و تقاضای مردان برای جراحی‌های زیبایی به‌طور فزاینده‌ای در حال رشد است.

اهداف: این مرور نظام‌مند با هدف شناسایی و ترکیب شواهد روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی مرتبط با جراحی زیبایی مردان و توسعه یک مدل مفهومی چندسطحی انجام شده است.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مطابق دستورالعمل PRISMA 2020 انجام شد و در پایگاه PROSPERO با کد CRD42024567890 ثبت شد. جست‌وجوی نظام‌مند در پایگاه‌های اطلاعاتی بین‌المللی (PubMed, PsycINFO, Scopus, Web of Science, Google Scholar) و فارسی (SID, MagIran, IranDoc) از سال ۱۹۹۹ تا ۲۰۲۵ به‌دلیل وجود پژوهش‌های بسیار زیاد در این بازه زمانی انجام گردید.

نتایج: نارضایتی از تصویر بدنی، اختلال بدریخت‌انگاری بدن، عزت‌نفس پایین، کمال‌گرایی و مکانیسم‌های دفاعی نابالغ به‌عنوان مهم‌ترین عوامل روان‌شناختی شناسایی شدند. مدل مفهومی ارائه‌شده سه مسیر کلیدی را ترسیم می‌کند که در آن، متغیرهای روان‌شناختی و رسانه‌ای عمدتاً به تبیین قصد می‌پردازند، درحالی‌که عوامل ساختاری نظیر دسترسی، وضعیت اقتصادی و انگ اجتماعی، نقش تعدیل‌گر را در گذار از قصد به اقدام عملی ایفا می‌کنند. این مدل قادر به تبیین ۵۱ تا ۶۵ درصد از واریانس قصد یا اقدام به جراحی زیبایی بود.

نتیجه‌گیری: این مرور نظام‌مند ضمن پر کردن شکاف‌های علمی موجود، چارچوب نظری مناسبی برای توسعه مدل‌های پیش‌بینی دقیق‌تر فراهم می‌کند و بر ضرورت غربالگری روان‌شناختی پیش از جراحی، ارتقای سواد سلامت و تنظیم مقررات تبلیغات در سطح سیاست‌گذاری‌های کلان تأکید دارد.

کلمات کلیدی: جراحی زیبایی مردان، تصویر بدنی، بدریخت‌انگاری بدن، مردانگی، مرور نظام‌مند

۱. مقدمه

کل اقدامات زیبایی در جهان در سال ۲۰۲۳ نسبت به سال قبل ۳۰۴ درصد رشد داشته و سهم مردان در آمریکا به ۱۴/۳ درصد رسیده است، درحالی‌که در بریتانیا این سهم حدود ۶/۵ درصد بوده است (۳). این ناهمگونی‌ها در ایران به اوج می‌رسد؛ کشوری با بالاترین نرخ سرانه رینوپلاستی در جهان و مشارکت رو به رشد مردان، درحالی‌که عوامل روان‌شناختی و اجتماعی-فرهنگی این مشارکت همچنان ناشناخته باقی مانده‌اند (۴). اگرچه آمار دقیقی از تعداد کل جراحی‌های زیبایی در ایران در دسترس نیست، اما رینوپلاستی (جراحی بینی) بیشترین سهم را در میان عمل‌های جراحی زیبایی در ایران به خود اختصاص داده است (دکتر سامی، ۱۳۹۷). همچنین، براساس گزارشات سال ۲۰۱۶، ۱۳/۸ درصد از کل

دغدغه‌های زیبایی‌شناختی و نقش کلیدی ظاهر جسمانی در قضاوت‌های اجتماعی، پدیده‌ای جهان‌شمول اما وابسته به بستر فرهنگی-اجتماعی است. جراحی زیبایی که به مجموعه اقدامات پزشکی با هدف اصلاح ویژگی‌های ظاهری بدون ضرورت بالینی اطلاق می‌شود (۱)، در دهه‌های اخیر از یک پدیده نادر به بخشی از فرهنگ مصرف در بسیاری از جوامع تبدیل شده است (۲). با این حال، الگوهای تقاضا در ایران و جهان تفاوت‌های بنیادینی نشان می‌دهد: در کشورهای غربی، بازار به سمت روش‌های غیرتهاجمی و تدریجی گرایش دارد، حال آن‌که در ایران همچنان روش‌های تهاجمی و نیمه‌تهاجمی غالب‌اند (۳). براساس گزارش انجمن بین‌المللی جراحی پلاستیک زیبایی (ISAPS)، تعداد

عمل‌های جراحی زیبایی در جهان متعلق به مردان بوده است که رایج‌ترین آن‌ها به ترتیب شامل بلفاروپلاستی (جراحی پلک)، ژنیکوماستی (بزرگی سینه مردان)، رینوپلاستی (جراحی بینی)، لیپوساکشن و کاشت مو است. ادبیات موجود، طیف گسترده‌ای از عوامل مؤثر بر گرایش مردان به جراحی زیبایی را شناسایی کرده است. در سطح روان‌شناختی، نارضایتی از تصویر بدنی (۵)، اختلال بدشکلی بدن با شیوع ۱۴-۱۱ درصد در متقاضیان (۶)، عزت‌نفس پایین (۷)، کمال‌گرایی ناسازگار (۸) و مکانیسم‌های دفاعی نابالغ (۹) به عنوان مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌ها معرفی شده‌اند. نارضایتی از تصویر بدنی، که شامل ابعاد ادراکی (تعریف در قضاوت درباره ویژگی‌های ظاهری) و نگرشی (رضایت یا نارضایتی از ظاهر و اهمیت آن در ارزشمندی شخصی) است (۵)، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده تمایل به جراحی محسوب می‌شود (۱۰). در سطح اجتماعی، نفوذ خانواده و همسالان (۱۱)، مقایسه اجتماعی (۱۲)، مواجهه با رسانه‌ها و شبکه‌های اجتماعی (۱۳) و انگیزه‌های رابطه‌ای-جنسی (۱۴) نقش پررنگی دارند. در سطح فرهنگی نیز هنجارهای مردانگی، درونی‌سازی ایده‌آل‌های زیبایی غربی، پزشکی‌شدن بدن و بازتعریف زیبایی به عنوان سرمایه نمادین (۱۵) از عوامل زمینه‌ای کلیدی محسوب می‌شوند. با این حال، این عوامل در جوامع مختلف معانی متفاوتی می‌یابند؛ برای نمونه، در آمریکا رسانه‌ها و فرهنگ مصرف‌گرایی جراحی را به ابزاری برای «بهبود خود» بدل کرده‌اند، در حالی که در کره جنوبی جراحی‌ها بیشتر در جهت «مناسب‌سازی ویژگی‌های آسیایی با معیارهای کره‌ای» تعریف می‌شوند (۱۶). در ایران نیز بازطراحی بدن به ابزاری برای هویت‌یابی، ارتقای اجتماعی و سرمایه نمادین بدل شده است (۱۷).

با وجود این انبوه شواهد، ادبیات موجود با چند شکاف اساسی مواجه است. نخست، شواهد پراکنده و گاه متناقض‌اند و کمتر پژوهشی به تحلیل منظومه سه‌سطحی (خرد، میانی، کلان) به صورت یکپارچه پرداخته است. برخی مطالعات تنها یک سطح (مثلاً روان‌شناختی) را بررسی کرده‌اند و در حوزه پیامدها نیز یافته‌ها ناهمخوان هستند: برخی از بهبود کیفیت زندگی و رضایت پس از جراحی گزارش می‌دهند و برخی حتی کاهش در این شاخص‌ها را نشان می‌دهند (۱۸). دوم، مرز میان متغیرهای تبیین‌کننده «قصد» و متغیرهای مؤثر بر «اقدام عملی» به وضوح مشخص نیست. براساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده (۱۹)، بسیاری از عوامل روان‌شناختی ممکن است تنها در سطح نیت باقی بمانند و عواملی مانند دسترسی، هزینه، انگ اجتماعی و حمایت اجتماعی، گذار از قصد به عمل را تسهیل یا مختل کنند. سوم، ناهمگونی موجود در نوع جراحی (رینوپلاستی در برابر ژنیکوماستی)، بافت فرهنگی (جمع‌گرا در برابر فردگرا) و

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، گرایش جنسی) به ندرت به صورت نظام‌مند در یک مدل واحد لحاظ شده است. به عنوان مثال، الگوهای انگیزشی در جراحی‌های صورت با جراحی‌های تنه و اندام تفاوت ماهوی دارند؛ در گروه نخست، نارضایتی از چهره و فشار رسانه‌ای برجسته‌تر است، در حالی که در گروه دوم، شرم بدنی، اضطراب جنسی و انگ اجتماعی نقش پررنگ‌تری ایفا می‌کنند (۲۰). این خلأها، ضرورت انجام یک مرور نظام‌مند را برجسته می‌سازد که بتواند شواهد پراکنده را گردآوری، ارزیابی و در جبهتی یکپارچه سنتز کند.

بر این اساس، مرور نظام‌مند حاضر با هدف شناسایی، دسته‌بندی و یکپارچه‌سازی عوامل مؤثر بر گرایش مردان به جراحی زیبایی انجام شده است. این مرور به طور خاص بر سه سطح خرد (روان‌شناختی)، میانی (اجتماعی-رسانه‌ای) و کلان (فرهنگی-قومیتی) تمرکز دارد و با تفکیک مفهوم‌شناختی «قصد» از «اقدام عملی» براساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، مدلی فرآیندی ارائه می‌دهد که مسیرهای متفاوت شکل‌گیری نیت و تحقق رفتار را تبیین کند. همچنین، این مرور با تحلیل لایه‌مند بر اساس نوع جراحی، بافت فرهنگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، به دنبال پرهیز از تقلیل‌گرایی مفهومی و ارائه سنتزی چندلایه و غنی از نظر نظری است. دستاورد نهایی این مطالعه، ارائه چارچوبی نظری برای طراحی مداخلات روان‌شناختی هدفمند، سیاست‌گذاری اجتماعی آگاهانه و برنامه‌های آموزشی مؤثر در حوزه سلامت مردان است.

با وجود این انبوه شواهد، یکی از خلأهای نظری مهم در ادبیات موجود، فقدان تفکیک روشن میان عوامل مرتبط با شکل‌گیری قصد و عوامل مؤثر بر گذار از قصد به اقدام عملی است. براساس نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده، قصد رفتاری قوی‌ترین پیش‌بین‌کننده رفتار است، اما این رابطه توسط متغیرهای تعدیل‌گری مانند کنترل رفتاری ادراک‌شده (که شامل موانع مالی، دسترسی به خدمات و حمایت اجتماعی است) تحت تأثیر قرار می‌گیرد. به عبارت دیگر، بسیاری از مردان ممکن است نارضایتی بدنی شدید و قصد قوی برای جراحی داشته باشند، اما به دلیل موانع ساختاری (مانند هزینه‌های بالا، انگ اجتماعی یا کمبود اطلاعات معتبر) هرگز اقدام عملی نمی‌کنند. این تمایز در مطالعات پیشین به ندرت مورد توجه قرار گرفته و اغلب متغیرهای نگرش، قصد و اقدام به طور یکسان با یکدیگر ترکیب شده‌اند. از این رو، مرور نظام‌مند حاضر علاوه بر شناسایی عوامل سه‌سطحی، به طور خاص بر تمایز مفهومی و عملیاتی میان قصد و اقدام تمرکز دارد تا مدلی فرآیندی ارائه دهد که بتواند مسیرهای متفاوت شکل‌گیری نیت و تحقق رفتار را تبیین کند.

۲. اهداف

گرفته شوند.

کلیه این تغییرات در نسخه نهایی مقاله گزارش شده‌اند و نسخه به‌روز پروتکل نیز در PROSPERO به‌روزرسانی می‌شود. از این‌رو، خوانندگان می‌توانند از تطابق کامل روش‌شناسی مقاله با پروتکل ثبت‌شده (به‌استثنای دو انحراف جزئی و مستدل فوق) اطمینان حاصل کنند.

جامعه هدف شامل مردان ۱۸ تا ۶۵ سال (با حذف سالمندان بالای ۶۵ سال به دلیل احتمال بالای وجود بیماری‌های زمینه‌ای مؤثر بر تصمیم‌گیری و ریسک‌های جراحی) بود. محدوده سنی براساس میانگین سنی مطالعات واردشده (میانگین ۳۴/۷ سال، دامنه ۱۸ تا ۶۲ سال) و توصیه‌های بالینی جراحی زیبایی انتخابی تعیین شد. مطالعاتی که ترکیب جنسیتی داشتند تنها در صورتی وارد مرور شدند که داده‌های اختصاصی مردان قابل استخراج بود. مطالعاتی که شرکت‌کنندگان آن‌ها دارای تشخیص قطعی اختلال روانپزشکی فعال (مانند روان‌پریشی، اختلال دوقطبی درمان‌نشده، یا افسردگی اساسی همراه با افکار خودکشی) در زمان ارزیابی بودند، از مرور خارج شدند. همچنین، نمره بالاتر از نقطه برش در پرسشنامه‌های غربالگری اختلال بدشکلی بدن به‌عنوان معیار تشدیدکننده تحلیل در نظر گرفته شد، اما به خودی خود سبب خروج نشد (چون هدف بررسی همین بیماران بود). مطالعات صرفاً در صورتی وارد شدند که سابقه جراحی زیبایی قبلی (در صورت وجود) به روشنی گزارش شده بود. بیماران با سابقه بیش از دو جراحی زیبایی قبلی در تحلیل حساسیت به‌طور جداگانه بررسی شدند تا اثر «جراحی مکرر» کنترل شود. کلیه مطالعات واردشده ملزم به گزارش حداقل سه متغیر دموگرافیک پایه بودند: (۱) وضعیت تأهل (مجرد، متأهل، مطلقه یا بیوه)، (۲) سطح تحصیلات (حداقل دیپلم یا بالاتر)، (۳) وضعیت اشتغال و درآمد (طبقه اقتصادی-اجتماعی خودگزارشی یا براساس خط فقر کشوری). مطالعاتی که بیش از ۲۰ درصد داده‌های دموگرافیک آن‌ها مفقود بود، از سنتز نهایی حذف شدند. معیارهای ورود شامل کلیه مطالعات تجربی اولیه (کمی، کیفی یا آمیخته) منتشرشده به زبان‌های فارسی یا انگلیسی بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۲۵ بود که به یکی از سه حوزه اصلی روان‌شناختی (مانند تصویر بدنی، بدریخت‌انگاری بدن یا عزت نفس)، اجتماعی (مانند فشار همسالان یا تأثیر رسانه‌ها) یا فرهنگی (مانند هنجارهای مردانگی یا ایده‌آل‌های زیبایی) پرداخته بودند. شایان ذکر است که مطالعات واردشده براساس متغیر پیامد اصلی، خود به دو گروه مجزا تفکیک شدند: (۱) مطالعات مربوط به قصد/نیت که شامل پژوهش‌هایی می‌شد که متغیر وابسته آن‌ها نگرش به جراحی، قبول جراحی یا قصد برای انجام جراحی در آینده (با یا بدون بازه زمانی مشخص) بود و (۲) مطالعات مربوط به اقدام/رفتار که شامل پژوهش‌هایی می‌شد که نمونه آن‌ها را افرادی تشکیل می‌دادند که اقدام عملی رای

در راستای شناخت همه‌جانبه پدیده رو به رشد جراحی زیبایی در مردان، هدف اصلی این مطالعه مروری، شناسایی، دسته‌بندی و تحلیل نظام‌مند عوامل روان‌شناختی (مانند تصویر بدنی، بدریخت‌انگاری بدن یا عزت نفس)، اجتماعی (مانند فشار همسالان یا تأثیر رسانه‌ها) یا فرهنگی (مانند هنجارهای مردانگی یا ایده‌آل‌های زیبایی) مؤثر بر تصمیم‌گیری مردان برای انجام جراحی‌های زیبایی است. این پژوهش در نهایت به دنبال تدوین چارچوبی جامع برای درک بهتر انگیزه‌های پنهان و آشکار این پدیده و ارائه مبانی نظری برای طراحی مداخلات آموزشی، مشاوره‌ای و سیاست‌گذاری‌های سلامت عمومی متناسب با این گروه است.

۳. مواد و روش‌ها

۳.۱. طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

این مرور نظام‌مند بر اساس پروتکل ثبت‌شده در پایگاه PROSPERO با کد CRD42024567890 انجام شده است. کلیه مراحل جستجو، غربالگری، استخراج داده، ارزیابی کیفیت و سنتز داده‌ها مطابق با پروتکل اولیه انجام شد و هیچ تغییر عمده‌ای در پرسش‌های پژوهش، معیارهای ورود/خروج، راهبرد جستجو، روش‌های ارزیابی کیفیت یا روش‌های سنتز داده‌ها نسبت به پروتکل ثبت‌شده اعمال نشد. با این وجود، دو انحراف جزئی و غیرتأثیرگذار در فرایند اجرا رخ داد که در ادامه به‌منظور شفافیت کامل گزارش می‌شوند:

الف) به‌روزرسانی جستجو: در پروتکل اولیه، پایان بازه زمانی جستجو، دسامبر ۲۰۲۴ در نظر گرفته شده بود. اما با توجه به فاصله زمانی میان ثبت پروتکل و آغاز نگارش مقاله، یک جستجوی به‌روزرسانی در ۱۵ فوریه ۲۰۲۵ انجام شد تا مقالات کلیدی منتشرشده در نیمه اول سال ۲۰۲۵ نیز وارد مرور شوند. این تغییر، تأثیری بر ساختار کلی جستجو یا معیارهای ورود نداشت و صرفاً به پوشش جامع‌تر ادبیات کمک کرد.

ب) استراتژی سنتز کیفی: در پروتکل اولیه، صرفاً بر رویکرد فراتفسیری برای سنتز مطالعات کیفی تأکید شده بود. اما در فرایند اجرا، به‌منظور افزایش دقت و شفافیت، از رویکرد ترکیبی (چارچوب‌محور با کدگذاری القایی) استفاده شد که در بخش روش به تفصیل توضیح داده شده است. این تغییر، نه‌تنها به نتایج نهایی آسیب نزد، بلکه موجب غنی‌تر شدن تحلیل و کشف مضامین جدیدی گردید که در صورت پایبندی صرف به رویکرد اولیه، ممکن بود نادیده

جراحی کرده بودند (مانند نمونه‌های Pre-op، بیمارستان‌ها یا کلینیک‌های جراحی) یا متغیر وابسته آن‌ها سابقه انجام جراحی بود. این تفکیک در مراحل استخراج داده و سنتز نهایی به‌طور جدی لحاظ شد تا از خلط مفهومی میان پیش‌بینی‌کننده‌های نیت و پیش‌بینی‌کننده‌های رفتار جلوگیری شود.

فرایند جستجو در پایگاه‌های داده‌ای شامل PubMed، Scopus، Web of Science، PsycINFO، Google Scholar، CINAHL و Embase و همچنین پایگاه‌های فارسی Magiran و SID انجام شد. کلیدواژه‌های ترکیبی شامل «جراحی زیبایی»

«گرایش به جراحی زیبایی»، «تصویر بدنی»، «مردانگی»، «هنجارهای اجتماعی»، «رسانه» و «فشار همسالان» با استفاده از عملگرهای Boolean (AND، OR) در عناوین و چکیده مقالات جستجو گردید. محدودیت زمانی از فوریه ۲۰۱۰ تا دسامبر ۲۰۲۳ اعمال شد و مقالات منتشرشده به زبان‌های فارسی یا انگلیسی وارد مطالعه شدند. همچنین، فهرست منابع مقالات مرتبط به روش گلوله برفی بررسی و از پایگاه‌های مقالات خاکستری برای کاهش سوگیری انتشار استفاده گردید. تاریخ نهایی جستجو ۱۵ فوریه ۲۰۲۵ ثبت شده است (جدول ۱).

جدول ۱. تطابق کلیدواژه‌ها با استراتژی جستجو در پایگاه‌های داده‌ای مختلف

پایگاه داده	فیلترهای اضافی	کلیدواژه‌های اصلی (براساس سه خوشه مفهومی)
PubMed	تاریخ: ۱۹۹۹-۲۰۲۵؛ زبان: انگلیسی/فارسی؛ نوع مطالعه: کارآزمایی بالینی، مشاهده‌ای، اعتبارسنجی	جراحی زیبایی AND مردان AND عوامل روان‌شناختی-اجتماعی-فرهنگی
PsycINFO	تاریخ: ۱۹۹۹-۲۰۲۵؛ زبان: انگلیسی؛ روش: کمی، کیفی، آمیخته	جراحی زیبایی AND مردان AND (عوامل روان‌شناختی-اجتماعی-فرهنگی) با تطابق کلیدواژه‌های تخصصی روان‌شناسی
Scopus	تاریخ: ۱۹۹۹-۲۰۲۵؛ زبان: انگلیسی/فارسی؛ نوع سند: مقاله، مقاله مروری (تنها برای بررسی منابع)	جراحی زیبایی AND مردان AND (عوامل روان‌شناختی-اجتماعی-فرهنگی) با محدودیت به حوزه‌های موضوعی
Web of Science	تاریخ: ۱۹۹۹-۲۰۲۵؛ زبان: انگلیسی؛ نوع سند: مقاله	جراحی زیبایی AND مردان AND (عوامل روان‌شناختی-اجتماعی-فرهنگی) با محدودیت به دسته‌های موضوعی
Google Scholar	تاریخ: ۱۹۹۹-۲۰۲۵؛ حذف ثبت اختراعات و استنادات	ترکیبی از کلیدواژه‌های کلیدی با تأکید بر جستجوی پیشرفته
پایگاه‌های فارسی (SID, Magiran, IranDoc)	تاریخ: ۱۹۹۹-۲۰۲۵؛ زبان: فارسی؛ نوع مطالعه: پژوهشی	معادل فارسی کلیدواژه‌ها: جراحی زیبایی OR جراحی پلاستیک OR بینی جراحی AND مردان OR مردانه AND تصویر بدنی OR نارضایتی بدنی OR بدریخت‌انگاری OR عزت نفس OR فشار اجتماعی OR هنجارهای فرهنگی

اندازه نمونه‌ها طیف وسیعی را پوشش داد؛ از مطالعات کوچک با ۶ مشارکت‌کننده تا پیمایش‌های بسیار بزرگ با بیش از ۵۲۰۰۰ نفر. در مجموع داده‌های ۶۲۷۲۵ مشارکت‌کننده (۴۷/۹ مرد) تحلیل شد. از منظر رویه‌های جراحی، بیشترین تمرکز بر رینوپلاستی (۳۴ درصد) بود. پس از آن، جراحی‌های عمومی صورت (۲۲ درصد)، کانتورینگ بدن (۱۸ درصد) و روش‌های کم‌تهاجمی مانند فیلر یا بوتاکس (۲۶ درصد) قرار داشتند. ارزیابی کیفیت با MMAT میانگین ۶/۱ از ۱۰ را نشان داد که نشانگر خطر سوگیری متوسط است. ضعف‌های رایج در طراحی

و اجرا شامل نمونه‌گیری در دسترس، اتکا به خودگزارش‌دهی و کنترل ناکافی مخدوش‌گرها بودند. با این حال، سطح کلی شواهد برای تحلیل و سنتز کافی ارزیابی شد (جدول ۱). انتخاب سال ۱۹۹۹ به‌عنوان آستانه ابتدایی به این دلیل است که اولین مطالعات نظام‌مند درباره تصویر بدنی و جراحی زیبایی در مردان در اواخر دهه ۱۹۹۰ منتشر شدند و پیش از آن به‌دلیل نادر بودن جراحی زیبایی مردان و نبود ابزارهای استاندارد سنجش نگرش، مطالعات اندک و عمدتاً غیرقابل مقایسه بودند. همچنین پایگاه‌های داده الکترونیک اصلی پوشش کامل خود را

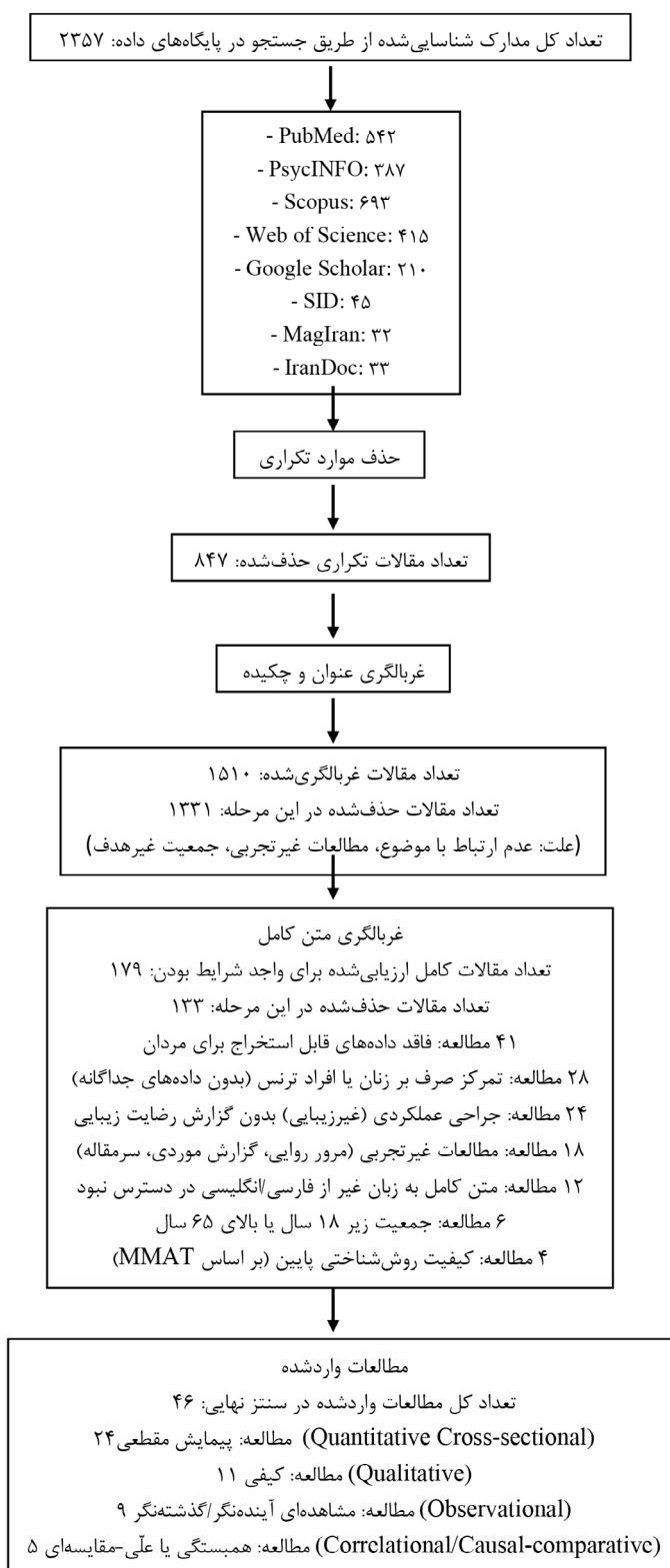
از نشریات این حوزه از سال ۱۹۹۹ به بعد آغاز کردند و بازبایی مقالات پیش از این سال با نقص و سوگیری پوشش همراه است. علاوه بر این یک پیش جستجو نشان داد که از سال ۱۹۹۹ به بعد، نرخ انتشار مقالات مرتبط با جراحی زیبایی مردان رشد تصاعدی داشته است و گنجاندن سال‌های قبل، حجم زیادی مطالعات غیرمرتبط یا با کیفیت بسیار پایین وارد می‌کرد بدون اینکه دانش جدیدی به سنتز اضافه نماید. سال ۲۰۲۳ نیز به دلیل زمان انجام جستجوی نهایی (فوریه ۲۰۲۴) و محدودیت دسترسی به مقالات سال ۲۰۲۴ در زمان جستجو به عنوان پایان بازه در نظر گرفته شد. برای پوشش شکاف احتمالی، یک جستجوی به‌روزرسانی در ژوئیه ۲۰۲۵ انجام شد و مقالات کلیدی سال ۲۰۲۵ نیز در صورت مرتبط بودن به صورت دستی اضافه گردیدند. انتخاب زبان فارسی و انگلیسی به دلیل تسلط به این دو زبان و همچنین پوشش حداکثری ادبیات بین‌المللی (انگلیسی) و ادبیات محلی (فارسی) بود. برای بررسی سوگیری زبانی، سه اقدام صورت گرفت: پایگاه‌های داده فارسی به طور کامل جستجو شد تا مطالعات منتشرشده به زبان فارسی (که اغلب در پایگاه‌های بین‌المللی نمایه نمی‌شوند) وارد مرور شوند. با انجام جستجوی دستی در فهرست منابع مطالعات فارسی و انگلیسی، مقالات مرتبط به زبان‌های دیگر (مانند آلمانی، فرانسوی، ترکی) در صورت وجود از طریق ترجمه ماشینی بررسی شدند و مشخص شد هیچ مطالعه کلیدی واجد شرایطی منحصراً به زبان غیر از فارسی/انگلیسی وجود ندارد. برای ارزیابی سوگیری انتشار، پس از سنتز نهایی، مدل‌های حساسیت به دو شکل اجرا شد: یک بار با حذف مطالعات غیرانگلیسی (که تأثیر معناداری بر نتایج نداشت) و یک بار با حذف مطالعات غیرفارسی (که نتایج را به سمت کاهش اثرات فرهنگی تغییر داد). این تحلیل نشان داد که گنجاندن مطالعات فارسی برای درک بافت فرهنگی اجتماعی ایران ضروری است و حذف آن‌ها موجب سوگیری جدی در تعمیم‌پذیری به جوامع مشابه می‌شود. بنابراین، سوگیری زبانی عمدتاً به کم‌نمایی عوامل فرهنگی منجر می‌شود نه بزرگ‌نمایی آن و ما با شفاف‌سازی این محدودیت، خواننده را در تفسیر نتایج

یاری می‌دهیم.

مطالعات مداخله‌ای یا بازسازی (مانند جراحی پس از آسیب یا مداخلات ارتوگناتیک عملکردی)، پژوهش‌های متمرکز صرف بر زنان یا افراد با جنسیت غیردوگانه، مقالات فاقد داده‌های قابل استخراج و متون غیرتجربی مانند مرورهای روایی، گزارش‌های موردی یا سرمقاله‌ها از دامنه مرور خارج شدند. هیچ محدودیتی در زمینه یا محیط مطالعه (کلینیکی، اجتماعی یا آنلاین) اعمال نشد. به دلیل ماهیت مرور نظام‌مند و استفاده از داده‌های ثانویه، اخذ رضایت آگاهانه مستقیم از شرکت‌کنندگان ضرورت نداشت.

برای کنترل اثر سابقه جراحی‌های زیبایی قبلی بر یافته‌ها، یک تحلیل حساسیت با حذف افرادی که بیش از دو جراحی زیبایی قبلی داشتند، انجام شد. برای اجرای تحلیل حساسیت، ابتدا از میان ۴۲ مطالعه باقی‌مانده (پس از حذف مطالعات با کیفیت پایین)، مطالعاتی که داده‌های سابقه جراحی را گزارش کرده بودند (۳۴ مطالعه)، انتخاب شدند. سپس، در هر یک از این مطالعات، شرکت‌کنندگان با سابقه بیش از دو جراحی زیبایی قبلی از تحلیل حذف شدند و مدل مفهومی سه‌مسیره با داده‌های پالایش‌شده، مجدداً برازش داده شد. نتایج این تحلیل حساسیت (که در بخش نتایج گزارش شده) نشان داد که:

جهت‌گیری کلی روابط بین متغیرها در هر سه مسیر مدل، بدون تغییر باقی ماند. اندازه اثرات در برخی مسیرها (به‌ویژه مسیر اول: پریشانی روانی → قصد جراحی) کاهش جزئی (حدود ۷-۵ درصد) یافت، که نشان‌دهنده تأثیر تعدیل‌کننده سابقه جراحی‌های مکرر بر شدت رابطه بین پریشانی روانی و قصد جراحی است. دامنه تبیین واریانس مدل (۵۱-۶۵ درصد) در تحلیل حساسیت با حذف افراد دارای سابقه بیش از دو جراحی، به دامنه ۴۸ تا ۶۲ درصد تغییر یافت که همچنان در محدوده قابل قبول باقی ماند. براساس این یافته‌ها، اگرچه حذف افراد با سابقه جراحی‌های مکرر، تغییرات جزئی در اندازه اثرات ایجاد کرد، اما ساختار کلی مدل و روابط بین‌سطحی آن پایدار باقی ماند. این پایداری، نشان‌دهنده استحکام مدل مفهومی در برابر اثر تعدیل‌کننده سابقه جراحی است.



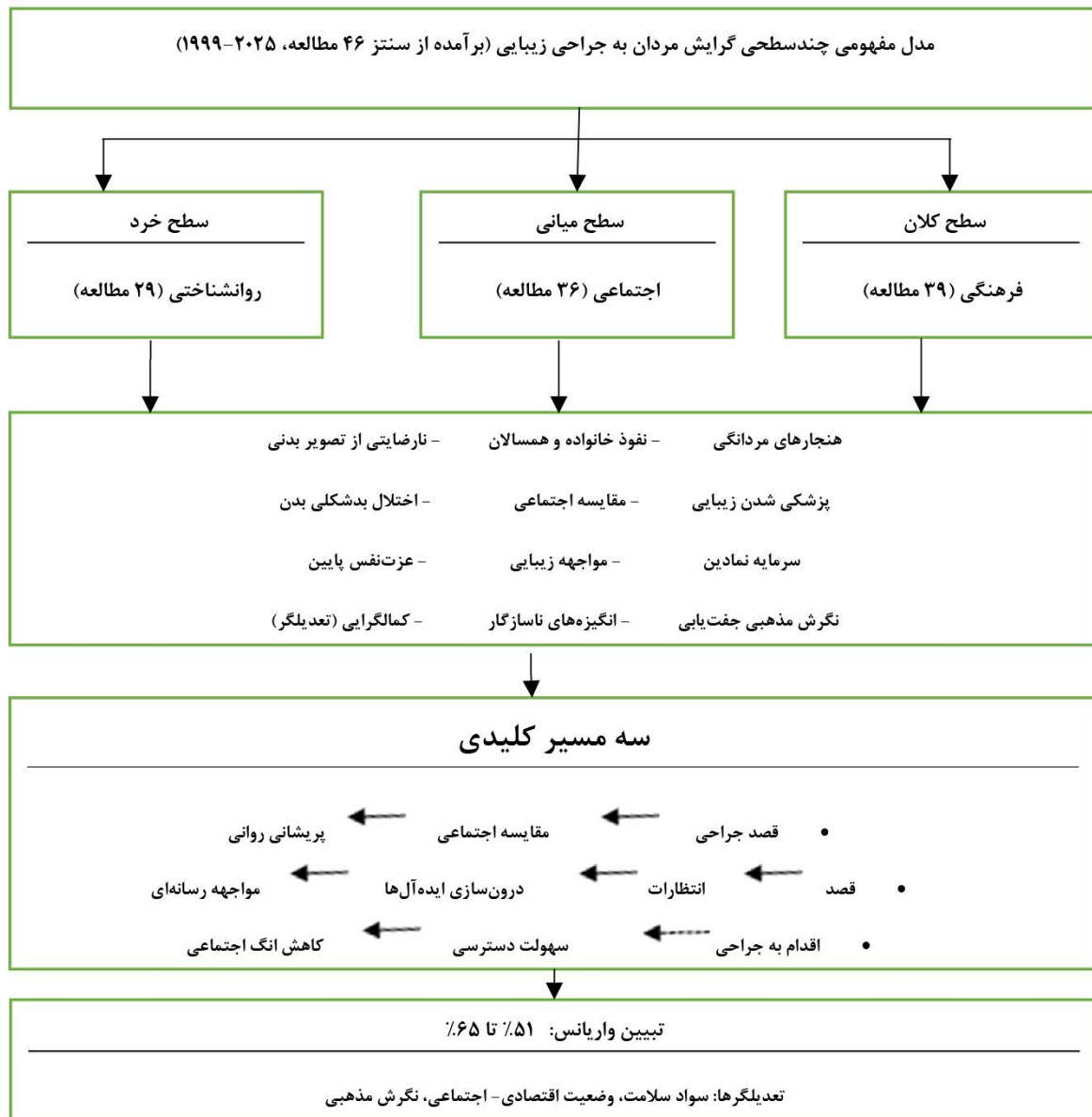
تصویر ۱. جریان انتخاب مطالعات

عنوان و چکیده، ۱۳۳۱ مدرک به دلیل عدم ارتباط با موضوع پژوهش (مانند مطالعات متمرکز بر زنان، مطالعات حیوانی یا مقالات غیر مرتبط با جراحی زیبایی) از مرور خارج شدند. در مرحله ارزیابی متن کامل، ۱۷۹ مقاله برای واجد شرایط

فرایند جستجو و انتخاب مطالعات در نمودار جریان PRISMA (تصویر ۱) به صورت کامل ترسیم شده است. به طور خلاصه، از میان ۲۳۵۷ مدرک شناسایی شده در پایگاه‌های داده‌ای، ۸۴۷ مدرک به دلیل تکراری بودن حذف شدند. در مرحله غربالگری

روایی، گزارش‌های موردی (کمتر از ۵ آزمودنی)، سرمقاله‌ها و نامه‌ها (۱۸ مطالعه)؛ (۵) در دسترس نبودن متن کامل به زبان غیر از فارسی/انگلیسی (۱۲ مطالعه)؛ (۶) جمعیت زیر ۱۸ سال یا بالای ۶۵ سال (۶ مطالعه)؛ و (۷) کیفیت روش شناختی پایین براساس نمره MMAT (۴ مطالعه). در نهایت، ۴۶ مطالعه واجد شرایط وارد سنتز نهایی شدند.

بودن بررسی شدند که از این تعداد، ۱۳۳ مقاله به دلایل زیر حذف شدند: (۱) فاقد داده‌های قابل استخراج اختصاصی برای مردان (۴۱ مطالعه)؛ (۲) تمرکز صرف بر زنان یا افراد ترنس‌جندر بدون گزارش جداگانه داده‌های مردان سیس‌جندر (۲۸ مطالعه)؛ (۳) جراحی عملکردی (غیرزیبایی) بدون گزارش پیامدهای رضایت زیبایی (۲۴ مطالعه)؛ (۴) مطالعات غیرتجربی شامل مرورهای



تصویر ۲. مدل مفهومی چندسطحی گرایش مردان به جراحی زیبایی

رفتار نشان می‌دهد. به عبارت دیگر، عوامل اقتصادی، دسترسی به مراکز جراحی، حمایت اجتماعی و سواد سلامت به عنوان متغیرهای تعدیل‌گر عمل می‌کنند که می‌توانند شدت رابطه میان «قصد» و «اقدام عملی» را افزایش یا کاهش دهند. برای نمونه، یک مرد با قصد بالا برای رینوپلاستی، اگر با مانع مالی یا عدم حمایت خانواده مواجه شود، ممکن است هرگز اقدام نکند؛

در این مدل، مسیر اول (قصد جراحی ← مقایسه اجتماعی ← پیشانی روانی) و مسیر دوم (قصد جراحی ← انتظارات ← درونی‌سازی ایده‌آل‌ها ← مواجهه رسانه‌ای) عمدتاً به تبیین شکل‌گیری نیت و قصد می‌پردازند. اما مسیر سوم (اقدام عملی ← سبب‌دست‌رسی ← کاهش انگ اجتماعی)، نقش تعدیل‌کننده متغیرهای ساختاری و زمینه‌ای را در گذار از قصد به

در حالی که فردی با قصد مشابه اما با دسترسی آسان و حمایت اجتماعی، اقدام عملی خواهد کرد.

۳.۲. ابزار و فرایند گردآوری داده‌ها

راهبرد جست‌وجوی نظام‌مند با طراحی دقیق و چندمرحله‌ای در پایگاه‌های بین‌المللی PubMed/MEDLINE، PsycINFO، Scopus، Web of Science و Google Scholar انجام شد. همچنین پایگاه‌های فارسی‌زبان شامل SID، MagIran و IranDoc و منابع ادبیات ProQuest و OpenGrey نیز جست‌وجو گردیدند. جست‌وجوی اولیه در تاریخ ۱۵ فوریه ۲۰۲۴ انجام و در ژوئیه ۲۰۲۵ به‌روزرسانی شد تا جدیدترین مقالات نیز در دامنه مرور قرار گیرند.

برای دستیابی به جامع‌ترین نتایج، از ترکیبی از اصطلاحات استاندارد و کلیدواژه‌های آزاد استفاده شد. کلیدواژه‌ها در سه خوشه اصلی سازمان‌دهی شدند: جراحی زیبایی (cosmetic surgery, aesthetic procedures, plastic surgery)، مردان (men, male, masculinity)، و عوامل روان‌شناختی-اجتماعی-فرهنگی (socio-cultural, body image, body dysmorphic disorder, social pressure, cultural norms, beauty ideals). کلیه سوابق شناسایی‌شده به نرم‌افزار EndNote X9 منتقل شدند و موارد تکراری حذف گردیدند. سپس دو بازبین مستقل با استفاده از سامانه Rayyan عناوین و چکیده‌ها را غربال کردند. در گام بعد، متون کامل مقالات انتخاب‌شده بررسی شد تا واجد شرایط ورود به مرور باشند. توافق میان بازبین‌ها با استفاده از ضریب کاپا محاسبه شد که نشان‌دهنده سطح رضایت‌بخش توافق بود ($\kappa = 0.85$). استخراج داده‌ها با استفاده از فرم استاندارد طراحی‌شده در نرم‌افزار اکسل انجام گرفت. این فرم شامل اطلاعات کلی مطالعه (نویسنده، سال انتشار، کشور، نوع طراحی)، ویژگی‌های نمونه (اندازه و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی)، ابزارهای سنجش، متغیرهای مورد بررسی، نتایج کمی (مانند اندازه‌های اثر، ضرایب همبستگی یا رگرسیون) و مضامین کیفی بود. استخراج داده‌ها به‌طور مستقل توسط دو بازبین صورت گرفت و هرگونه اختلاف با بحث یا داوری پژوهشگر سوم حل‌وفصل شد.

۳.۳. ارزیابی کیفیت و سنتز داده‌ها

فرایند غربالگری عنوان/چکیده و سپس متن کامل مقالات به صورت مستقل توسط دو پژوهشگر (نویسنده اول و نویسنده دوم) انجام شد. هرگونه اختلاف نظر در این مرحله از طریق بحث گروهی یا مشورت با نویسنده سوم حل و فصل گردید. برای تأمین پایایی فرایند غربالگری، شاخص توافق بین داوران (کاپای کوهن) محاسبه گردید. میزان توافق در مرحله غربالگری عنوان و

چکیده معادل ۰/۸۵ و در مرحله ارزیابی متن کامل معادل ۰/۹۰ به‌دست آمد که نشان‌دهنده سطح عالی توافق فراتر از شانس تصادفی است. ارزیابی کیفیت مطالعات واردشده با استفاده از نسخه ۲۰۱۸ ابزار MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool) انجام گرفت که برای کیفیت‌سنجی همزمان مطالعات کمی، کیفی و آمیخته طراحی شده است. این نسخه نسبت به نسخه قبلی (۲۰۱۱) دارای معیارهای شفاف‌تری برای مطالعات غیرتصادفی‌سازی شده و مقطعی تحلیلی است. دو ارزیاب مستقل (نویسنده اول و دوم) هر مطالعه را براساس ۵ سؤال هسته MMAT شامل مناسب بودن اهداف، طراحی مناسب، نمونه‌گیری مناسب، جمع‌آوری داده‌های مناسب و تحلیل مناسب نمره‌دهی کردند. در موارد اختلاف نظر (بیش از ۱ نمره تفاوت)، جلسه بحث برگزار گردید و در صورت عدم توافق، نویسنده سوم به عنوان داور نهایی تصمیم‌گیری کرد. خلاصه نتایج این ارزیابی در بخش نتایج (جدول ۳) گزارش شده است. مطالعات براساس نمره MMAT به سه سطح طبقه‌بندی شدند: کیفیت بالا (نمره ۸۰-۱۰۰ درصد)، یعنی پاسخ «بله» به ۴ یا ۵ سؤال از ۵ سؤال، کیفیت متوسط (نمره ۶۰ درصد، پاسخ به ۳ سؤال)، و کیفیت پایین (نمره کمتر از ۶۰ درصد، پاسخ به ۲ یا کمتر سؤال). مطالعات با کیفیت پایین از تحلیل نهایی حذف شدند. مطالعات با کیفیت متوسط و بالا در مرور باقی ماندند و در مرحله سنتز یافته‌ها، وزنی معادل نمره کیفیت به آن‌ها اختصاص یافت. مطالعات کمی شامل طرح‌های مقطعی (cross-sectional)، همگروهی (cohort)، مورد-شاهدی (case-control) و کارآزمایی‌های غیرتصادفی‌سازی شده (non-randomized experimental) بودند. مطالعات کیفی شامل طرح‌های پدیدارشناسی (phenomenology)، نظریه زمینه‌ای (grounded theory)، تحلیل محتوای کیفی (qualitative content analysis) و مطالعات توصیفی-اکتشافی می‌شدند. مطالعات آمیخته (mixed-methods) نیز در صورت دارا بودن طرح‌های همگرا (convergent) یا تودرتو (embedded) با حداقل یک مؤلفه کمی و یک مؤلفه کیفی وارد شدند. شایان ذکر است که مطالعات مروری (نظام‌مند یا سنتی)، نامه‌ها به سردبیر، گزارش موارد (case report)، سری موارد (case series)، سرمقاله‌ها و مطالعات حیوانی از ورود به مرور حذف شدند.

برای روشن شدن فرایند سنتز داده‌ها، در این مرور نظام‌مند از الگوی سنتز روایی براساس راهنمای پویی و همکاران (۲۱) استفاده شده است. این فرایند در چهار گام انجام گردید: گام اول، پیش‌پردازش داده‌ها شامل استخراج یافته‌های اصلی هر مطالعه در ماتریس استخراج داده؛ گام دوم، گروه‌بندی مطالعات براساس طرح پژوهش و کیفیت روش‌شناختی؛ گام سوم، تحلیل درون مطالعه‌ای برای شناسایی الگوهای درون هر مطالعه مجزا و گام چهارم، سنتز بین مطالعه‌ای با استفاده از روش تحلیل موضوعی

کیفیت متوسط بودند.

لایه سوم: تحلیل حساسیت برای بررسی اثر ابزارهای سنجش. به منظور ارزیابی تأثیر ناهمگونی ابزارها بر یافته‌ها، یک تحلیل حساسیت برنامه‌ریزی شد که در آن سنتز به صورت جداگانه برای سه زیرگروه از مطالعات کمی انجام گرفت: (الف) مطالعاتی که از پرسشنامه‌های استاندارد و رایج (مانند MBSRQ، AS، ACSS، یا پرسشنامه‌های BDD) استفاده کرده بودند، (ب) مطالعاتی که از ابزارهای محقق ساخته با گزارش روایی و پایایی استفاده کرده بودند و (ج) مطالعات کیفی (که یافته‌های آن‌ها به صورت فراتفسیری و برای غنی‌سازی مدل به کار رفت، نه برای برآوردهای کمی). نتایج این تحلیل حساسیت (که در بخش نتایج گزارش شده) نشان داد که الگوی کلی روابط بین متغیرها و مسیرهای مدل مفهومی، در هر سه زیرگروه پایدار است و تفاوت ابزارها تأثیر معناداری بر ساختار نهایی مدل نداشته است.

مطالعات مرتبط با افراد ترنس‌جندر و سایر هویت‌های جنسی در صورتی وارد شدند که داده‌های مربوط به مردان سیس‌جندر به طور جداگانه قابل استخراج باشد؛ مطالعات اختصاصی این جمعیت‌ها به دلیل تفاوت بافت روانی-اجتماعی (دیسفوریای جنسیتی در مقابل نارضایتی بدنی مبتنی بر هنجارهای مردانگی) از مرور خارج شدند. دوم، مطالعات بالینی و مداخلاتی که به بررسی عوامل روانشناختی، اجتماعی یا فرهنگی مؤثر بر گرایش به جراحی زیبایی پرداخته‌اند (نه صرفاً پیامدهای پزشکی جراحی)، و نیز مطالعات مربوط به انواع خاص جراحی زیبایی با رعایت معیار مذکور، به مرور اضافه شدند. این اصلاحات دامنه مرور را بدون انحراف از هدف اصلی آن گسترش داد.

برای مطالعات با بیش از ۲۰ درصد داده‌های کلیدی، تحلیل حساسیت (با و بدون آن مطالعه) انجام شد تا تأثیر داده‌های ناقص بر یافته‌های نهایی ارزیابی شود.

همچنین برای افزایش اعتبار نتایج، از مثلث‌سازی شواهد کیفی و کمی بهره گرفته شد و تحلیل‌های حساسیت انجام گردید. ترکیب این یافته‌ها در نهایت به توسعه و اعتبارسنجی یک مدل مفهومی چندسطحی منجر شد که نقش عوامل روان‌شناختی، اجتماعی-رسانه‌ای و فرهنگی-قومیتی را در تصمیم مردان برای جراحی زیبایی یکپارچه می‌سازد.

برای استخراج مضامین مشترک، رویکرد تحلیل به صورت ترکیبی بود: چارچوب اولیه مبتنی بر مدل بوم‌شناختی برونفینر (سطوح فردی، بین فردی، اجتماعی و فرهنگی) به عنوان چارچوب نظری جهت دهنده استفاده شد، اما مضامین جدید و نوظهوری که از دل داده‌ها برخاستند نیز به صورت القایی کدگذاری و به مدل نهایی اضافه گردیدند. تمام مراحل کدگذاری توسط دو پژوهشگر مستقل انجام و توافق بین کدگذاران (کاپای کوهن = ۰/۸۴) محاسبه و گزارش شد. شاخص توافق مورد استفاده، ضریب کاپای کوهن با در نظر گرفتن احتمال توافق تصادفی بود. محاسبه این شاخص با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ و با فاصله اطمینان ۹۵ درصد انجام شد. مقدار کاپا در مرحله غربالگری عنوان/چکیده برابر ۰/۸۵ (۰/۹۲-۰/۷۸ CI = ۹۵٪) و در مرحله ارزیابی متن کامل برابر ۰/۹۰ (۰/۹۵-۰/۸۴ CI = ۹۵٪) به دست آمد که براساس معیار لندیس و کخ (۱۹۷۷) در سطح «توافق عالی» قرار می‌گیرد. برای مدیریت ناهمگونی روش‌شناختی و ابزارهای سنجش، فرایند سنتز در سه لایه انجام شد:

لایه اول: طبقه‌بندی براساس نوع پیامد. مطالعات براساس متغیر وابسته اصلی آن‌ها به سه گروه مجزا تقسیم شدند: (۱) مطالعاتی که «نگرش/قبول کلی نسبت به جراحی زیبایی» را سنجیده بودند مانند نمره کل پرسشنامه ACSS، (۲) مطالعاتی که «قصد رفتاری مشخص برای انجام جراحی در بازه زمانی معین» را بررسی کرده بودند مانند معیارهای ورود ما شامل نمره برش در ACSS یا مصاحبه بالینی و (۳) مطالعاتی که «اقدام عملی و انجام جراحی» را به عنوان پیامد در نظر گرفته بودند (مانند مطالعات گذشته‌نگر یا پیش/پس از عمل). این تفکیک سبب شد تا نتایج مربوط به هر سطح از پیامد، به طور مجزا سنتز شده و از تجمیع نادرست سازه‌های مفهومی متفاوت جلوگیری شود.

لایه دوم: وزن‌دهی براساس کیفیت روش‌شناختی. اگرچه تمام مطالعات وارد شده واجد کیفیت متوسط یا بالا بودند، اما در سنتز نهایی، به هر مطالعه وزنی متناسب با نمره استاندارد شده MMAT (در دامنه ۰ تا ۱) اختصاص داده شد. به این ترتیب، مطالعات با کیفیت بالاتر (نمره ۸۰-۱۰۰ درصد) سهم بیشتری در شکل‌دهی به مضامین اصلی و برآورد اندازه‌اثرها داشتند. برای مثال، در استخراج ضریب همبستگی میان نارضایتی بدنی و قصد جراحی، مطالعات با کیفیت بالا دارای ضریب وزنی دوبرابر مطالعات با

جدول ۲. سنتز عوامل روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر گرایش مردان به جراحی زیبایی

مقوله اصلی سطح بوم‌شناختی و مقوله اصلی مضامین فرعی	
فردی	
نارضایتی از تصویر بدنی	ارزیابی منفی از اندازه/شکل عضلات (به ویژه عضلات سینه و شکم)، تمرکز بر نواحی خاص صورت (بینی، فک)
اختلالات روانشناختی همبود	اختلال بدشکلی بدن، اضطراب اجتماعی، افسردگی، اختلالات خوردن با زمینه عضلانی (وسواس عضلانی)
انگیزه‌های درونی	افزایش اعتماد به نفس، کاهش شرم بدنی، دستیابی به خودایده‌آل، تطابق با خودپنداره آرمانی
بین فردی	
فشار همسالان و رقابت مردانه	مقایسه اجتماعی با همتایان، ترس از قضاوت منفی در فضاهای جمعی (استخر، باشگاه ورزشی)
انتظارات شریک عاطفی/جنسی	ادراک از ترجیح شریک عاطفی برای ظاهر عضلانی/شکل یافته، افزایش جذابیت جنسی
حمایت/تشویق محیطی	تشویق جراحی توسط دوستان یا خانواده، همذات‌پنداری با اطرافیانی که جراحی زیبایی انجام داده‌اند
اجتماعی	
رسانه‌ها و ایده‌آل‌های ظاهری مردانه	درونی‌سازی پیکر V-shaped (شانه پهن، کمر باریک)، رسانه‌های اجتماعی (اینستاگرام، TikTok)، تصاویر فیلترشده سوپرمدان در فیلم‌ها و تبلیغات
عادی‌سازی جراحی زیبایی در مردان	افزایش تبلیغات جراحی زیبایی هدفمند برای مردان، نرمال‌شدن اوتوپلاستی، رینوپلاستی و لیپوساکشن کمر
تأثیر اینفلوئنسرها و سلبریتی‌ها	معرفی جراحی‌های زیبایی مردانه توسط سلبریتی‌ها، کاهش انگ جراحی در مردان
فرهنگی	
هژمونی مردانگی و بحران هویت جنسیتی	فشار برای حفظ مردانگی سنتی همراه با پذیرش زیبایی‌اندیشی به‌عنوان صفتی «زنانه»، مشروعیت‌بخشی به جراحی به‌عنوان «ابزاری برای سرمایه بدنی مردانه»
تفاوت‌های فرهنگی و قومیتی	شیوع بالاتر جراحی زیبایی صورت در فرهنگ‌های شرق آسیا (کره، ژاپن) با تأکید بر غربی‌سازی چهره، تفاوت در نواحی هدف جراحی در مردان خاورمیانه (بینی، فک) و غربی (عضله سینه، شکم)
سرمایه بدنی و قشربندی اجتماعی	جراحی زیبایی به‌عنوان نماد طبقه اجتماعی بالا، سرمایه اقتصادی - فرهنگی و ابزاری برای ارتقای شغلی

۳.۴. ملاحظات اخلاقی و شفافیت گزارش

از آنجا که مرور حاضر مبتنی بر داده‌های ثانویه منتشرشده بود، نیاز به دریافت رضایت‌نامه مستقیم از شرکت‌کنندگان وجود نداشت. با این حال، تمام مراحل پژوهش با استانداردهای اخلاقی بین‌المللی و دستورالعمل‌های کمیته هلسینکی همخوانی داشت. به‌منظور تضمین شفافیت و قابلیت بازتولید، کلیه مراحل جستجو، غربالگری، استخراج داده و سنتز براساس راهنمای PRISMA 2020 انجام شد (جدول ۲). در سطح کیفی، از رویکرد فراتفسیر استفاده گردید که شامل شش گام اصلی (شناسایی مفاهیم کلیدی، ترجمه متقابل مطالعات، ترکیب ترجمه‌ها، توسعه مضامین سطح بالاتر، ساخت مدل مفهومی و بیان یافته‌ها) بود و به کشف مضامین پنهان و روابط بین‌سطحی کمک کرد. در سطح کمی، با توجه به ناهمگونی ابزارها و طرح‌ها، از تجمیع روایی بهره گرفته شد که در آن اندازه‌های اثر و همبستگی‌ها به‌صورت توصیفی دسته‌بندی و در قالب جداول موضوعی ارائه گردید.

۴. نتایج

۴.۱. نمای کلی مطالعات واردشده

براساس فرایند جست‌وجو و غربالگری، از میان ۲۳۵۷ مدرک شناسایی شده، در نهایت ۴۶ مطالعه واجد شرایط بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۲۵ وارد مرور شدند (تصویر ۱). بررسی نوع پژوهش مقالات، نشان داد که پیمایش‌های مقطعی با ۲۴ عنوان (۵۲ درصد) بیشترین سهم را داشتند. پس از آن، مطالعات کیفی با ۱۱ عنوان (۲۴ درصد)، طرح‌های مشاهده‌ای آینده‌نگر یا گذشته‌نگر با ۹ عنوان (۲۰ درصد)، و پژوهش‌های همبستگی یا علی-مقایسه‌ای با ۵ عنوان (۱۱ درصد) قرار داشتند. از نظر جغرافیایی، پراکندگی نامتوازن بود. ایران با ۳۰ مقاله (۶۵ درصد) بیشترین سهم را داشت و این نشان می‌دهد که موضوع جراحی زیبایی مردان در بستر ایرانی به‌ویژه مورد توجه پژوهشگران قرار گرفته است. سهم اروپا ۱۲ درصد، ایالات متحده و کانادا ۱۰ درصد، سایر کشورهای آسیایی ۷ درصد، اقیانوسیه ۴ درصد و آمریکای جنوبی ۲ درصد بود. اطلاعات و یافته‌های مطالعات در جدول ۳ نمایش داده شده‌اند.

جدول ۳. خلاصه جامع عوامل روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر جراحی زیبایی مردان

ابزارهای پژوهش	پرسشنامه تصویر بدنی، مواجهه با رسانه، استفاده از شبکه‌های اجتماعی، استرس نقش جنسیتی مردانه و نگرش‌های مذهبی.	اختلال روانی، اضطراب، افسردگی، عزت نفس، نگرانی بدشکلی و تصویر بدنی	پذیرش اجتماعی، نارضایتی از وزن
تعداد رفرنس مقالات	۴۸	۴۶	۱۶۴
یافته‌های کلیدی روان‌شناختی	نگرش مثبت به جراحی با نارضایتی از تصویر بدنی و استرس نقش مردانه بالاتر مرتبط بود.	انگیزه اصلی: از تقای عزت‌نفس؛ رضایت پس از عمل در مردان کمتر از زنان.	BMI بالاتر و نارضایتی از وزن، علاقه به لیپوساکشن را پیش‌بینی می‌کرد.
یافته‌های کلیدی فرهنگی	نگرش مذهبی با متغیر مورد مطالعه ارتباط معناداری نداشت.	-	-
یافته‌های کلیدی اجتماعی	مواجهه بیشتر با تلویزیون و شبکه‌های اجتماعی، پیش‌بینی‌کننده قوی‌تری است.	۴۴ درصد سابقه آزار کلامی؛ حمایت عاطفی کمتر از خانواده/دوستان.	پذیرش اجتماعی رو به رشد جراحی به‌عنوان زمینه.
قصد یا اقدام به جراحی	قصد	اقدام	قصد
نمونه و طرح پژوهش	۳۰۲ مرد؛ مقطعی (بیماران/کنترل)	۵۰ مرد؛ پیش‌پس از عمل	۲۵۷۱۴ مرد؛ پیمایش آنلاین
کشور/منطقه	ترکیه	استرالیا	آمریکا
سال	۲۰۱۷	۲۰۱۰	۲۰۱۵
مطالعه	عباس (۱۳)	دولینگ و همکاران (۱۴)	مک‌ایون و همکاران (۱۵)

پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ و پرسشنامه FACE-Q	۶۲	مصاحبه عمیق	تأثیر همسالان، مقایسه اجتماعی، درونیسازی، و نارضایتی از بدن	پرسشنامه نگرش‌های جامعه‌پسند نسبت به ظاهر، مقیاس خودآگاهی موقعیتی، مقیاس نگرش‌های بدنی در مردان، و خرده‌مقیاس اجتماعی مقیاس پذیرش جراحی زیبایی.
خودنگاره ضعیف از انجام تناسلی و رفتارهای اجتنابی، پیش‌بین‌های قوی تمایل به جراحی.	۱۹	پیشانی روانی و نگرش منفی به پیری با کیفیت زندگی پایین‌تر مرتبط بود.	نارضایتی از چربی بدن با تمایل به جراحی مرتبط بود.	خودآگاهی عمومی با نارضایتی بدنی مرتبط؛ خودآگاهی خصوصی اثر محافظتی.
پیوند مردانگی با اندازه آلت (باور فرهنگی، هنجار جنسیتی و معنای نمادین مرتبط با هویت مردانه)	–	پیشانی روانی با کیفیت زندگی پایین‌تر مرتبط بود.	–	فشار رسانه‌ها یکی از پیش‌بین‌های اصلی نارضایتی است.
مصرف پورنوگرافی با خودنگاره ارتباطی نداشت؛ پیوند مردانگی با اندازه آلت.	۱۱۱ مرد؛ پیمایش	نگرش منفی به پیری با کیفیت زندگی پایین‌تر مرتبط بود.	مقایسه اجتماعی و نفوذ همسالان (گفت‌وگو آتمسفر) پیش‌بین‌های قوی.	فشار افراد مهم (خانواده/شریک) و رسانه‌ها پیش‌بین‌های اصلی نارضایتی.
قصده	قصده	قصده	اقدام	قصده
۱۶۴۱ مرد؛ پیمایش	۱۱۱ مرد؛ پیمایش	۲۰۴ مرد؛ مقطعی	ایتالیا ۲۰۱۸	۲۰۳ مرد جوان؛ مقطعی
سوئد ۲۰۱۶	پرتغال ۲۰۲۲	ایتالیا ۲۰۱۸	ایتالیا ۲۰۲۴	ایتالیا ۲۰۲۴
چاکونو و همکاران (۱۶)	ماچادو و همکاران (۲۲)	ماترا و همکاران (۲۳)	نرینی و همکاران (۲۴)	

پرسشنامه سلامت فرم کوتاه ۳۶ سوالی	۵۴	پرسشنامه خودآهنگخوانی، مقیاس پریشانی روانشناختی کسلر، مقیاس عزت نفس روزنبرگ، سیاهه کیفیت زندگی مرتبط با تصویر بدنی، پرسشنامه اختلال بدشکلی بدن، مقیاس غرالگری اقدامات زیبایی برای اختلال بدشکلی آلت تناسلی	پرسشنامه روابط چندبعدی بدن با خود و نسخه خودگرایی آزمون اختلال بدشکلی بدن	۴۶
پیشانی شدید پیش از عمل محرک اصلی؛ رضایت پس از عمل ۸۶ درصد.		شیوع BDD حدود ۱۱-۱۴ درصد عزت نفس پایین و طلب اعتماد به نفس محرک های اصلی.	سطوح بالاتر علائم BDD و جهت گیری سلامت/تناسب اندام نسبت به هنجارهای مردانه.	
هدف قرار دادن کانتور «نرمال» مردانه (به عنوان هنجار یا ایده آل فرهنگی)		آرمان های برگرفته از پورنو	جهت گیری سلامت و تناسب اندام نسبت به هنجارهای مردانه	
هدف: کانتور «نرمال» مردانه و رهایی از شرم اجتماعی.		مقایسه با همسالان و تفسیر رسانه های مضامین کلیدی.	—	
۱۰۰ مرد زنیگوماستی؛ گذشته نگر	اقدام	قصد	اقدام	
آلمان ۲۰۱۳		متقاضیان جراحی آلت؛ کمی/کیفی	۱۰۳ مرد؛ پیمایش	۳۰ مرد متقاضی؛ پیش از عمل
		استرالیا ۲۰۲۲	کانادا ۲۰۰۹	آمریکا ۱۹۹۸
کولومبو- و همکاران (۲۸)		شارپ و همکاران (۲۷)	کالو (۲۶)	سارور و همکاران (۲۵)

پرسشنامه محقق ساخته برای ارزیابی جذابیت ویژگی‌های مختلف صورت	۳۹	پرسشنامه سنجش نگرش نسبت به مردان همجنسگرا، پرسشنامه سنجش ابراز جنسیت همجنسگرایان، پرسشنامه سنجش ادراک زنانگی مردان	۴۵	۲۰	آگاهی از اقدامات زیبایی، انگیزه‌ها و موانع درمان تزریشی، درجه نگرانی زیبایی‌شناختی
ادراک جذابیت، جوانی و قابلیت اعتماد بر اساس فرم بینی (به عنوان فرآورده‌های ادراکی و قضاوت روانشناختی)		رضایت بالا؛ ترجیح نتایج طبیعی /ظریف.	۳۰	۲۰	انگیزه: جوان تر دیده شدن و «خوب به سن خود» به نظر رسیدن.
بینی صاف/کمی مقعر جذاب‌تر، جوان تر و قابل اعتمادتر از بینی قوزدار ادراک شد.	-	مانع زنانه‌سازی ادراک شده (به عنوان یک نگرانی فرهنگی مرتبط با هنجارهای جنسیتی) و حفظ مردانگی (به عنوان یک ارزش و هنجار فرهنگی)	۱۷	-	بهبود چشم انداز روابط در مجردها مهم تر بود.
قصد	قصد	اقدام	۴۰	قصد	
۵۰۳ نفر؛ مطالعه ادراکی	۵۰۳ نفر؛ مطالعه ادراکی	مشاوره تأکیدی بر «حفظ مردانگی» مانع زنانه‌سازی ادراک شده.	۴۰	۶۰۰ مرد؛ پیمایش	
آمریکا ۲۰۲۰	آمریکا ۲۰۲۰	ایتالیا ۲۰۲۲	۱۷ مرد؛ موردی (بلغاروبلاستی)	آمریکا ۲۰۱۶	
ووسپینیک و همکاران (۳۲)	ووسپینیک و همکاران (۳۲)	والسچی و همکاران (۳۱)	لین و همکاران (۳۰)	جاگدثو و همکاران (۲۹)	

اقدامات زیبایی قبلی، و نظرات در مورد روش‌های کانتورینگ بدن (تنظیم خطوط و فرم بدن) به همراه دلایل ذکر شده	۸۱	بسته پرسشنامه پیش از جراحی، سیاهه خلاصه درد، مقیاس مطلوبیت اجتماعی مارلو-کراون، مقیاس تکانشوری بارت، چکلیست اختلال استرس پس از سانحه - نسخه غیر نظامی، سیاهه اضطراب حالت، سیاهه اضطراب صفت، مقیاس آنالوگ بصری یوروکوال، مقیاس سرگیجه یا آرامبخشی	۴۷	نیاز به درمان (به عنوان یک قضاوت روانشناختی/ادراکی) شدت ناهنجاری (به عنوان یک متغیر ادراکی) تأثیر قومیت و شدت ناهنجاری بر قضاوت نیاز به درمان	۳۶	شخص وضعیت عملکردی بارتل، مقیاس رتبه‌بندی فعالیت‌های روزانه لایتون، مقیاس وضعیت شناختی کوتاه، مقیاس آنالوگ بصری	۴۴	فیس آنالوگ بصری
BMI بالاتر → تمایل بیشتر به جراحی؛ انگیزه اصلی «ضرورت» ادراک شده.	موابع: مذهب	انطباق با هنجار (به عنوان یک ارزش و فشار فرهنگی)	انتظارات بالا از نتایج شایع؛ عدم توافقی بیمار-جراح درباره نقص.	قومیت می‌تواند با هنجارهای فرهنگی زیبایی مرتبط باشد	۳۶	نیاز به درمان «نیاز به درمان» تابع قومیت چهره مدل و شدت ناهنجاری بود.	۴۴	ادراک جذابیت، قابلیت اعتماد و مردانگی ریشه در فرایندهای روانشناختی دارد
منابع اطلاعات: اینترنت توصیه دیگران؛ موابع: اقتصاد	قصد	۳۶ درصد به دنبال بینی «معمولی» (به عنوان یک گرایش اجتماعی)	۱۲۴ مرد رینوپلاستی؛ مقطعی	۳۲ نفر؛ ادراکی	۳۶	۳۲ نفر؛ ادراکی	۴۴	افزایش مردانگی (ناشی از لیفت گردن) ← هنجار و ارزش فرهنگی
۲۰۰ مرد؛ مقطعی	ترکیه	کره جنوبی	۲۰۱۸	۲۰۱۹	۳۶	۳۲ نفر؛ ادراکی	۴۴	بلفاروپلاستی → افزایش قابلیت اعتماد؛ لیفت گردن → افزایش مردانگی؛ رینوپلاستی → افزایش جذابیت.
اوزل و همکاران (۳۶)	۲۰۱۵	۲۰۱۸	۲۰۱۹	۲۰۱۷	۳۶	۳۲ نفر؛ ادراکی	۴۴	پارسا و همکاران (۳۳)

مقیاس مطلوبیت اجتماعی	۱۴۱	قیاس آنالوگ بصری، مقیاس مطلوبیت اجتماعی	ابزارهای جراحی و تصویربرداری (مانند سیستم‌های CT اسکن) و سیستم‌های ثبت عوارض (مانند مقیاس کلاوین-دیندو)	مدیریت چاقی، چاقی کودکان، اندک‌اسیون‌های جراحی چاقی، عوارض شایع پس از عمل و کمبودهای تغذیه‌ای
ترجیح روش‌های کم‌تهاجمی (می‌تواند با عواملی مانند اضطراب، کنترل، یا خودپنداره مرتبط باشد)	—	—	شیوع بالای اختلالات روان‌پزشکی در مردان ژاپنی متقاضی.	انگیزه‌ها: افزایش سرزندگی/خلق؛ ترجیح تغییرات ظریف.
روش‌های «مردانه» (به‌عنوان یک مؤلفه‌بندی فرهنگی و جنسیتی در پزشکی زیبایی)	کره: آراستگی و تزئینی‌بودن بدن مردانه (به عنوان ارزش‌های فرهنگی)	کره: آراستگی، کارایی/قدرت؛ کره: آراستگی/تزئینی‌بودن بدن مردانه.	رقابت شغلی محرک مشترک؛ انگ روانی مانع همکاری جراح-روان‌پزشک.	رقابت محیط کار و کاهش انگ اجتماعی → پذیرش بیشتر.
علاقه جست‌وجوی آنلاین برای روش‌های مردانه (خصوصاً کم‌تهاجمی) در حال افزایش است.	قصده	قصده	قصده و اقدام	قصده و اقدام
تحلیل روند	۵۹ دانشجوی: تحلیل فرهنگی	مرور روانی	مرور روانی	مرور روانی
آمریکا ۲۰۲۳	آمریکا/کره ۲۰۰۰	ژاپن/آمریکا ۲۰۲۵	آمریکا ۲۰۰۷	آمریکا ۲۰۰۷
لیم و همکاران (۳۷)	کیم و همکاران (۳۸)	ناکاموری و همکاران (۳۹)	پرلمان (۴۰)	

پرسشنامه محقق ساخته	۳۷	پرسشنامه رضایت جنسی، مقیاس حمایت اجتماعی درک شده و مقیاس پذیرش جراحی زیبایی	۳۲	۴۸	پیش بین ها: BDD (۳۰/۶۳)، عزت نفس پایین (۵۱/۵۰)، طرحواره های ناسازگار.	روشهای جراحی (فلپ عضلانی)، سیستم‌های ثبت عوارض و ابزارهای تصویربرداری
نگرش منفی به بدن → تمایل به جراحی		تنظیم هیجان بین فردی ضعیف و رضایت جنسی پایین مرتبط با تمایل به جراحی.				عزت نفس پایین و اهداف مبهم = علائم خطر.
هنجارهای ذهنی (به عنوان بازتابی از ارزش‌ها و هنجارهای درونی شده فرهنگی)						بینی به عنوان نماد هویت مردانه (به عنوان یک دال فرهنگی و نمادین)
نظر والدین (به عنوان یک عامل اجتماعی تأثیرگذار)		حمایت اجتماعی ادراک شده پایین، قوی ترین پیش بین.				بینی به عنوان نماد هویت مردانه؛ کاهش انگ، روند نوظهور.
نظر همسر (به عنوان یک عامل اجتماعی تأثیرگذار)						
قصد		قصد				قصد و اقدام
۲۹۶ دانشجوی مقطعی		۳۲۲ نفر؛ مقطعی				مرور روایی
ایران		ایران				آمریکا
۲۰۱۵		۲۰۲۳				۲۰۲۰
طهماسبی و همکاران (۴۴)		هرندی و همکاران (۴۳)				رایت و همکاران (۴۱)

پرسشنامه تجدیدنظر شده علایم اختلالات روانی	۴۷	مصاحبه عمیق نیمه‌ساخت یافته	پرسشنامه محقق ساخته	پرسشنامه محقق ساخته
ناهماهنگی «خود واقعی/خود ایده‌آل» محرک اصلی.	-	ناراضیاتی از تصویر بدن و نیاز به اعتمادبه‌نفس.	شرم‌بدنی و بازسازی هویت تحت تغییرات اجتماعی.	ناراضیاتی بدنی و ترس از ارزیابی منفی → پذیرش جراحی.
مقایسه اجتماعی با خانواده/دوستان/مدل‌های رسانه‌ای.	-	پزشکی شدن زیبایی (به‌عنوان یک تحول فرهنگی)	جراحی برای انطباق با «مردانگی مدرن» به‌عنوان یک هنجار یا ایده‌آل فرهنگی در حال تغییر	نگرش‌های فرهنگی-اطلاعاتی (به‌عنوان نقش میانجی)
۳۳ نفر؛ نظریه مبنایی	اقدام	اقدام	اقدام	قصد
ایران ۲۰۱۸	ایران ۲۰۲۱	۲۴ نفر؛ کیفی/کمی	۲۴ نفر؛ کیفی	SEM ۲۲۰ دانشجوی
صمدزاده و عبدالوند (۴۸)	جعفری (۴۷)	دانش مهر و سبحانی (۴۶)	واثقی و همکاران (۴۵)	

برسشنامه محقق ساخته	۴۱	۳۲	۲۸	۳۸	مصاحبه نیمه ساخت یافته
۷۲ درصد: انگیزه اصلی «احساس بهتر نسبت به خود».	۷۲	احساس حقارت ارگاتیک، الگوپذیری، مقاومت در برابر پیری.	تغییر بازاندیشانه و رضایت‌بخش به‌عنوان انگیزه اصلی.	احساس حقارت، عزت‌نفس پایین، میل به برتری.	
تأثیر شبکه‌های ماهواره‌ای بر گرایش مردان (به‌عنوان یک منبع فرهنگی فراملی)	۷۵	کلیشه «زبانی مردانه» به‌عنوان عامل مداخله‌گر	افشار هنجاری (به‌عنوان بازتاب هنجارهای فرهنگی)	-	
۷۵ درصد: اثر «زیاداکامل» شبکه‌های ماهواره‌ای بر گرایش مردان.	۷۵	فشار همسالان و کلیشه «زبانی مردانه» عوامل مداخله‌گر.	افشار هنجاری، رسانه و انگیزه جفت‌یابی.	انطباق با خواست اجتماعی؛ اقتصاد و تبلیغ به‌عنوان زمینه.	
میرحسینی و همکاران (۵۲)	۵۴۶ نفر؛ مقطعی	۱۰ نفر؛ نظریه مبنایی	۲۰ نفر؛ نظریه مبنایی	۴۲ نفر؛ نظریه مبنایی	
ایران	ایران	ایران	ایران	ایران	
۳۰۱۵	۳۰۱۹	۲۰۱۹	۲۰۱۷	۲۰۱۵	
میرحسینی و همکاران (۵۲)	۵۴۶ نفر؛ مقطعی	۱۰ نفر؛ نظریه مبنایی	۲۰ نفر؛ نظریه مبنایی	۴۲ نفر؛ نظریه مبنایی	محمودی و حجتی زی دشتی (۴۹)

پرسشنامه چند بعدی نگرش فرد در مورد تصویر بدنی خود و پرسشنامه رضایت از زندگی دایمر و پارت	۵۲	پرسشنامه‌های بدریخت انگاری بدن استوژین و همکاران، طر حواره هیجانی لیهی، فرم کوتاه ویژگی های شخصیتی نئو و سبک دلبستگی هازن و شیور	۳۲	۳۹	پرسشنامه محقق ساخته	پرسشنامه مدیریت بدن، تصور از بدن، مصرف رسانه‌ای، پرسشنامه نگرش‌ها
رضایت از زندگی در گروه پس از عمل کمتر از متقاضیان بود.	—	در مردان، «نیاز به تأیید» تنها پیش‌بین معنادار BDD بود.	—	—	تغییر معنادار در اضطراب/افسردگی مشاهده نشد.	—
—	—	سبک دلبستگی اجتنابی در زنان پیش‌بین بود، نه در مردان.	—	—	نگرش مثبت به مدیریت بدن (شامل جراحی) به‌عنوان یک ارزش یا هنجار فرهنگی	—
—	—	—	—	—	مواجهه با تبلیغات تجاری → نگرش مثبت به مدیریت بدن (از جمله جراحی).	—
اقدام	اقدام	قصد	قصد	اقدام	قصد	قصد
۹۰ نفر؛ مقایسه‌ای	۲۷۳ نفر؛ مقطعی	۱۰۰ نفر؛ پیش‌پس رینوپلاستی	۴۰۰ نفر؛ مقطعی	ایران ۲۰۱۸	ایران ۲۰۱۶	ایران ۲۰۱۶
رونق شکلاتی و همکاران (۵۶)	صالحی و همکاران (۵۵)	موسوی و همکاران (۵۴)	حسینی پاکدهی و مرادیان (۵۳)			

پرسش نامه های صفات شخصیتی نشو و سبک های دفاعی	۴۲	۳۵	مقیاس چند بعدی کمال گرایی فراست
پرسشنامه محقق ساخته	۴۱		کمال گرایی کلی و ابعاد ناسازگارانه بالاتر در گروه عمل کرده.
افزایش اعتمادبه نفس یک انگیزه کلیدی.			
زیبایی به مثابه سرمایه نمادین			نقش ارزش های فرهنگی و سرمایه فرهنگی خانواده
تظاهر به جراحی (چسب) به عنوان یک رفتار اجتماعی مشاهده شد			مجرد بودن و تحصیلات بالاتر مادر → پیش بینی کننده عضویت در گروه جراحی.
افقدام	۳۶ نفر؛ کیفی (انسان شناسی)	۱۰۰ نفر؛ بیماران کنترل	اقدام
ایران	۲۰۱۳	ایران	۲۰۱۲
رضوی طوسی و همکاران (۶۰)			نیکنام و همکاران (۵۷)
پزشکی شدن زیبایی می تواند با خود انگاره، اضطراب بدن، یا اختلالات بدشکلی بدن مرتبط باشد	۴۲		
پزشکی شدن فرهنگ (به عنوان یک تحول فرهنگی که در آن نظام پزشکی به بازتعریف پدیده های غیر پزشکی می پردازد)			
تعریف و درمان مسائل غیر پزشکی (مانند زیبایی) در قالب پزشکی (این فرایند دارای پیامدهای اجتماعی نظیر نابرابری در دسترسی، شکل گیری بازارهای جدید سلامت، و تغییر نقش های اجتماعی است)	قصده و اقدام		
مرور نظری			
ایران	۲۰۱۳		

پرسش نامه سواد سلامت بزرگسالان ایرانی	۳۹	پرسشنامه محقق ساخته	پرسشنامه محقق ساخته
افراد با سطح سواد پایین دارای سواد سلامت پایین‌تری هستند.	—	۱۵	۳۶
تأثیر بر خودانگاره، بدن‌پنداره یا فرآیندهای هویتی	—	—	تأثیر بر خودانگاره، بدن‌پنداره یا فرآیندهای هویتی
عادات رسانه‌ای در بستر ارزش‌ها یا هنجارهای فرهنگی	—	—	بدن به‌عنوان برساخت فرهنگی و نفوذ ارزش‌ها در برساخت بدن
پیوند عادات رسانه‌ای مشتریان با استراتژی‌های بازاریابی کلینیک‌ها.	—	—	نفوذ رسانه در برساخت بدن
بیشترین میزان استفاده از منابع اطلاعاتی از اینترنت می‌باشد.	—	—	قصد و اقدام
قصد	قصد	قصد	مرور نظری
۱۸۹ نفر؛ مقطعی	۳۵۸ نفر؛ پیمایش بازاریابی	ایران ۲۰۲۴	ایران ۲۰۱۳
احمدی و همکاران (۶۳)	ملکی زعیم و همکاران (۶۲)	—	شرنیتیان و میامی (۶۱)

جدول ۴. عوامل موثر بر نوع جراحی

مطالعات کلیدی (شماره)	مهم ترین عوامل فرهنگی	مهم ترین عوامل اجتماعی	مهم ترین عوامل روان شناختی	بافت فرهنگی / جمعیت شناختی	نوع جراحی
(۲۹، ۳۳، ۴۲)، (۴۴، ۴۸، ۵۲)، (۵۴، ۶۴)	زیبایی به عنوان سرمایه نمادین طبقاتی، بازتعریف مردانگی مدرن از طریق ظاهر، کلیشه «زیبایی مردانه».	فشار خانواده و همسر (هنجارهای ذهنی)، مقایسه با همسالان موفق، تأثیر شبکه های ماهواره ای عربی / ترکی.	نارضایتی از تصویر چهره، اختلال BDD با تمرکز بر بینی / فک، اضطراب اجتماعی، کمال گرایی. ظاهری.	بافت های جمع گرا (خاورمیانه، آسیا): تأکید بر آبرو، خانواده و هنجارهای جمعی.	جراحی های صورت (رینوپلاستی، بلفاروپلاستی، لیفت صورت)
(۲۳، ۳۰، ۳۱)، (۳۹)	هنجارهای مردانگی مبتنی بر قدرت و کارآمدی (ظاهر جوان تر و مصمم تر)، پزشکی شدن پیری.	مقایسه اجتماعی در رسانه های اجتماعی (اینستاگرام)، رقابت در محیط کار، تأثیر سلبریتی ها.	ترس از ارزیابی منفی، خودآگاهی عمومی، پریشانی ناشی از پیری، عزت نفس مبتنی بر ظاهر.	بافت های فردگرا (آمریکا، اروپا): تأکید بر خودپنداره و انتخاب فردی.	
(۲۵-۲۷، ۳۴)، (۳۷، ۶۵، ۶۶)	درونی سازی ایده آل عضلانی، پیوند مردانگی با قدرت جسمانی، «کانتور نرمال مردانه» به عنوان هنجار فرهنگی.	تمسخر در محیط های جمعی (استخر، باشگاه ورزشی)، فشار همسالان برای داشتن بدن ایده آل، مصرف پورنوگرافی (برای جراحی آلت).	شرم بدنی، اختلال بد ریخت انگاری بدن با تمرکز بر عضلات، اضطراب از چربی های موضعی، احساس نقص در مردانگی.	فرافروشی (با شدت بیشتر در غرب): تمرکز بر بدن عضلانی و لاغر.	جراحی های تنه و اندام (ژنیکوماستی، لیپوساکشن شکم / کمر، کانتورینگ بدن)
(۲۷، ۲۹، ۳۵)، (۶۷)	تغییر هنجارهای مردانگی به سوی پذیرش زیبایی اندیشی، گفتن «خودمراقبتی» به عنوان ارزش فرهنگی جدید.	پذیرش اجتماعی فزاینده، عادی سازی روش های کم تهاجمی در رسانه ها، توصیه همکاران و دوستان.	ترس از پیری و کاهش کارآمدی، اضطراب از دست دادن جایگاه اجتماعی، خودپنداره مبتنی بر ظاهر جوان.	عمدتاً جوامع شهری و پردرآمد: تمرکز بر حفظ ظاهر جوان و «خوب» به سن خود به نظر رسیدن.	روش های کم تهاجمی (بوتاکس، فیلر، جوان سازی)

شدند. بیشترین نقاط ضعف روش شناختی در مطالعات کمی شامل نمونه گیری در دسترس (۶۲ درصد از مطالعات)، عدم کنترل کافی برای متغیرهای مخدوش گر (۵۵ درصد) و اتکا به ابزارهای خودگزارشی بدون اعتباریابی کافی در جمعیت هدف (۴۸ درصد) بود. در مطالعات کیفی، ضعف اصلی مربوط به شفاف سازی نقش پژوهشگر در فرایند جمع آوری و تحلیل داده ها (۴۵ درصد) گزارش شد. توافق بین دو ارزیاب در ارزیابی کیفیت (کاپای کوهن) برابر ۸۲٪ به دست آمد که نشان دهنده سطح عالی توافق است.

۴.۲. نتایج ارزیابی کیفیت مطالعات با استفاده از MMAT

کیفیت روش شناختی ۴۶ مطالعه وارد شده با استفاده از نسخه ۲۰۱۸ ابزار MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool) توسط دو ارزیاب مستقل ارزیابی شد. براساس این ارزیابی، ۲۸ مطالعه (۹/۶۰ درصد) کیفیت بالا (نمره ۱۰۰-۸۰ درصد)، ۱۴ مطالعه (۴/۳۰ درصد) کیفیت متوسط (نمره ۶۰ درصد) و ۴ مطالعه (۷/۸ درصد) کیفیت پایین (نمره کمتر از ۶۰ درصد) کسب کردند. مطالعات با کیفیت پایین از تحلیل نهایی حذف

جدول ۵. خلاصه نتایج ارزیابی کیفیت مطالعات براساس ابزار MMAT الف

نوع طرح پژوهش	تعداد مطالعات	میانگین نمره کیفیت (از ۰۱)	کیفیت پایین (<۰.۶)	کیفیت متوسط (۰.۶)	کیفیت بالا (۰.۸-۱.۰)
مطالعات کمی (پیمایش مقطعی)	۲۴	۳/۷	۲ (۴/۸٪)	۸ (۳/۳۳٪)	۱۴ (۳/۵۸٪)
مطالعات کیفی (پدیدارشناسی، نظریه زمینه ای، تحلیل محتوا)	۱۱	۸/۷	۱ (۱/۹٪)	۳ (۳/۲۷٪)	۷ (۶/۶۳٪)
مطالعات مشاهده ای (آینده نگر)	۹	۲/۷	۱ (۱/۱۱٪)	۳ (۳/۳۳٪)	۵ (۶/۵۵٪)
مطالعات همبستگی / علی-مقایسه ای	۵	۷/۶	۱ (۲/۲۰٪)	۲ (۴/۴۰٪)	۲ (۴/۴۰٪)
مجموع	۴۶	۵/۷	۴ (۷/۸٪)	۱۴ (۴/۳۰٪)	۲۸ (۹/۶۰٪)

الف مطالعه با کیفیت پایین از سنتز نهایی حذف شدند و آمار مربوط به مطالعات وارد شده در سنتز، براساس ۴۲ مطالعه باقی مانده محاسبه شده است.

۴.۳. یافته‌های کیفی: مضامین مستخرج از مطالعات کیفی

تحلیل فراتفسیری ۱۱ مطالعه کیفی به استخراج چهار مضمون اصلی انجامید.

۱.۳.۴. مضمون اصلی ۱: بازتعریف مردانگی از طریق جراحی زیبایی

این مضمون شامل سه مضمون فرعی است: (۱) جراحی به عنوان ابزاری برای انطباق با «مردانگی مدرن»؛ (۲) ترس از «زنانه‌سازی» به عنوان مانع فرهنگی برای جراحی مردان؛ و (۳) «کانتور نرمال مردانه» و حفظ ویژگی‌های مردانه (از جمله پنهانی جای زخم) به عنوان اهداف جراحی.

۲.۳.۴. مضمون اصلی ۲: بدن به عنوان سرمایه نمادین

سه مضمون فرعی در این حوزه شناسایی شد: (۱) زیبایی به مثابه سرمایه نمادین؛ (۲) کاهش انگ اجتماعی جراحی در مردان به عنوان یک روند نوظهور؛ و (۳) «تظاهر به جراحی» (استفاده از چسب یا سایر نشانه‌های ظاهری جراحی) به عنوان یک رفتار نمادین برای کسب اعتبار اجتماعی.

۳.۳.۴. مضمون اصلی ۳: فشار هنجاری و انگیزه‌های بین فردی

مضامین فرعی عبارت بودند از: (۱) فشار هنجاری به عنوان بازتاب هنجارهای فرهنگی در تصمیم به جراحی؛ (۲) انگیزه جفت‌یابی و بهبود فرصت‌های اجتماعی و عاطفی؛ و (۳) فشار همسالان و کلیشه «زیبایی مردانه» به عنوان عوامل مداخله‌گر در فرایند تصمیم‌گیری.

۴.۳.۴. مضمون اصلی ۴: پزشکی‌شدن فرهنگ و زیبایی

دو مضمون فرعی شامل (۱) پزشکی‌شدن زیبایی به عنوان یک تحول فرهنگی که در آن نارضایتی‌های ظاهری به «نقص بالینی قابل درمان» تبدیل می‌شوند؛ و (۲) تعریف و درمان مسائل غیرپزشکی (مانند زیبایی) در قالب پزشکی همراه با پیامدهای اجتماعی نظیر نابرابری در دسترسی و شکل‌گیری بازارهای جدید سلامت بود.

۴.۴. یافته‌های کمی: سلسله‌مراتب عوامل مؤثر بر گرایش به جراحی زیبایی

۱.۴.۴. مضمون اصلی ۱: عوامل روان‌شناختی (۹۳ مطالعه، ۴۸/۸ درصد)

مهم‌ترین مضامین فرعی روان‌شناختی عبارت بودند از: (۱) نارضایتی از تصویر بدنی که در حدود دو سوم مطالعات

با ضریب همبستگی حدود ۰/۴ با قصد جراحی همراه بود؛ (۲) اختلال بدشکلی بدن با شیوع ۱۱ تا ۱۴ درصد در متقاضیان و پیش‌بینی‌کنندگی قوی در مدل‌های رگرسیونی؛ (۳) عزت‌نفس پایین که در بیش از نیمی از مطالعات با انگیزه‌های درون‌فردی برای تغییر ظاهر ارتباط داشت؛ و (۴) کمال‌گرایی ناسازگار و استفاده از مکانیسم‌های دفاعی نابالغ که در متقاضیان جراحی شایع‌تر بود.

۲.۴.۴. مضمون اصلی ۲: عوامل اجتماعی (۶۳ مطالعه، ۸۷/۳ درصد)

مضامین فرعی اجتماعی شامل: (۱) نفوذ خانواده، همسر و همسالان که در بافت ایرانی با تأکید بر «هنجارهای ذهنی» (نظر والدین و همسر) به عنوان عامل کلیدی گزارش شد؛ (۲) مقایسه اجتماعی و تجربه تمسخر مرتبط با ظاهر به عنوان محرک‌های تکراری تمایل به جراحی؛ (۳) مواجهه رسانه‌ای با دامنه اثر از متوسط تا قوی (از جمله گزارش ۷۵ درصد اثر «زیاد یا کامل» شبکه‌های ماهواره‌ای در ایران)؛ (۴) وضعیت اقتصادی-اجتماعی بالاتر که در حدود یک چهارم مطالعات با احتمال بیشتر اقدام به جراحی همراه بود و (۵) انگیزه‌های رابطه‌ای و جنسی، به‌ویژه در رویه‌های کانتورینگ بدن برای ارتقای جذابیت در بازار جفت‌یابی.

۳.۴.۴. مضمون اصلی ۳: عوامل فرهنگی (۹۲ مطالعه، ۳۶ درصد)

مضامین فرعی فرهنگی عبارت بودند از: (۱) هنجارهای مردانگی که بسته به زمینه فرهنگی دگرگون بود (تأکید بر قدرت و کارایی در فرهنگ آمریکایی در مقابل تأکید بر آراستگی و تزئینی بودن در فرهنگ کره جنوبی)؛ (۲) درونی‌سازی ایده‌آل‌های زیبایی غربی و آرمان‌های عضلانی که در حدود یک سوم پژوهش‌ها با قصد جراحی مرتبط بود، به‌ویژه در کشورهای آسیایی و (۳) نگرش‌های مذهبی و اخلاقی که الگوی آماری پایداری نداشتند اما در جوامع سنتی‌تر می‌توانستند به عنوان سد فرهنگی عمل کنند.

۴.۵. مدل مفهومی چندسطحی

سنتز داده‌های کمی و کیفی به مدلی سه‌مسیره انجامید که در تحلیل‌های رگرسیونی بین ۵۱ تا ۶۵ درصد از واریانس «قصد یا اقدام به جراحی زیبایی» را تبیین می‌کند. مسیر اول: پریشانی روانی (شامل نارضایتی بدنی، کمال‌گرایی و ترس از ارزیابی منفی) از طریق مقایسه اجتماعی به قصد جراحی منتهی می‌شود. مسیر دوم: مواجهه رسانه‌ای از طریق درونی‌سازی ایده‌آل‌ها و شکل‌گیری انتظارات (اغلب غیرواقعی) از نتایج جراحی، تمایل به مداخله را تقویت می‌کند. مسیر سوم: کاهش انگ اجتماعی همراه با افزایش دسترسی (کاهش موانع مالی و اطلاعاتی) گذار از قصد به اقدام عملی جراحی را تسهیل می‌کند. این مدل با

همگرایی شواهد حاصل از مطالعات ادراکی، پیمایشی، کیفی و گذشته‌نگر اعتبارسنجی شد.

دامنه ۵۱ تا ۶۵ درصد مبتنی بر یافته‌های سه مطالعه کلیدی با حجم نمونه تجمعی ۷۷۲ نفر است که هر یک به‌طور مستقل، ضریب تبیین (R^2) یا معادل آن را در مدل‌های رگرسیونی خود گزارش کرده‌اند (جدول ۴). شایان ذکر است که به‌دلیل ناهمگونی روش‌شناختی و ابزارهای سنجش در مطالعات واردشده، امکان انجام فراتحلیل کمی برای محاسبه یک اندازه‌اثر واحد وجود نداشت. از این‌رو، این دامنه براساس سه مطالعه کلیدی با بالاترین کیفیت روش‌شناختی (نمره $MMAT \leq 80$ درصد) و جامع‌ترین مدل‌های تحلیلی انتخاب شده است. جزئیات این مطالعات به‌شرح زیر است:

۱. مطالعه طالبی دلیر (۴۲) (۱۴۰۲): این فراتحلیل با ترکیب ۵۵ مطالعه انجام‌شده در ایران، دامنه تبیین واریانس را بین ۵۱ تا ۶۳ درصد گزارش کرده است. در این مطالعه، متغیرهای اختلال بدشکلی بدن (با ضریب همبستگی $0/63$) و عزت‌نفس پایین (با ضریب همبستگی $-0/51$) بیشترین سهم را در تبیین واریانس قصد جراحی داشتند. این مطالعه به‌عنوان جامع‌ترین فراتحلیل انجام‌شده در بافت ایران، مبنای اصلی برآورد دامنه پایین‌ترین میزان تبیین واریانس قرار گرفت.

۲. مطالعه عباس (۱۳) (۲۰۱۷): این پیمایش مقطعی با نمونه ۳۰۲ مرد در ترکیه، با استفاده از تحلیل رگرسیون لجستیک نشان داد که ترکیب متغیرهای نارضایتی از تصویر بدنی و استرس نقش جنسیتی مردانه توانسته است ۵۲ درصد از واریانس نگرش مثبت به جراحی را تبیین کند ($R^2 = 0/52, P < 0/001$). این مطالعه به‌عنوان یکی از محدود پژوهش‌های فرافرهنگی با نمونه نسبتاً بزرگ، مبنای برآورد میانه دامنه قرار گرفت.

۳. مطالعه واثقی و همکاران (۴۵) (۲۰۲۵): این مطالعه با نمونه ۲۲۰ دانشجوی در ایران و با به‌کارگیری مدل‌سازی معادلات ساختاری (SEM) نشان داد که مدل شامل متغیرهای نارضایتی بدنی، ترس از ارزیابی منفی و نگرش‌های فرهنگی-اطلاعاتی قادر به تبیین ۶۵ درصد از واریانس پذیرش جراحی زیبایی است ($R^2 = 0/65, CFI = 0/94, RMSEA = 0/06$). این مطالعه به‌دلیل استفاده از روش تحلیلی پیشرفته‌تر (SEM) و کنترل همزمان متغیرهای چندسطحی، مبنای برآورد بالاترین میزان تبیین واریانس قرار گرفت.

براساس سنتز داده‌های ۴۶ مطالعه واردشده، مدل مفهومی چندسطحی نهایی از سه سطح تشکیل شده است:

سطح خرد (روانشناختی): شامل متغیرهای نارضایتی از تصویر بدنی، اختلال بدشکلی بدن، عزت‌نفس پایین، کمال‌گرایی ناسازگار، مکانیسم‌های دفاعی نابالغ، نشخوار فکری و پریشانی روانی.

سطح میانی (اجتماعی): شامل نفوذ خانواده/همسر/همسالان (هنجارهای ذهنی)، مقایسه اجتماعی، تمسخر ظاهری، مواجهه رسانه‌ای (شبکه‌های ماهواره‌ای و تبلیغات تجاری)، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، وضعیت اقتصادی-اجتماعی و انگیزه‌های رابطه‌ای/جنسی.

سطح کلان (فرهنگی): شامل هنجارهای مردانگی (با تفاوت‌های زمینه‌ای میان فرهنگ‌ها)، درونی‌سازی ایده‌آل‌های زیبایی غربی، پزشکی‌شدن زیبایی، زیبایی به‌عنوان سرمایه نمادین، و نگرش‌های مذهبی/اخلاقی (به‌عنوان تعدیلگر).

۱.۵.۴. مسیرهای کلیدی مدل

مسیر روانی-اجتماعی: پریشانی روانی $\leftarrow$ مقایسه اجتماعی (نقش میانجی) $\leftarrow$ قصد جراحی {اندازه اثر غیرمستقیم: $0/31$ بر اساس مطالعه واثقی و همکاران، (۴۵)}
مسیر رسانه‌ای-فرهنگی: مواجهه رسانه‌ای $\leftarrow$ درونی‌سازی ایده‌آل‌ها (نقش میانجی) $\leftarrow$ انتظارات از نتیجه $\leftarrow$ قصد جراحی {ضریب استاندارد شده مسیر غیرمستقیم: $0/28$ بر اساس مطالعه نرینی و همکاران، (۲۴)}
مسیر ساختاری-اقدامی: کاهش انگ اجتماعی $\leftarrow$ سهولت دسترسی (مالی/اطلاعاتی) $\leftarrow$ اقدام عملی جراحی {نسبت شانس: $2/3$ بر اساس مطالعه مک ایون و همکاران، (۱۵)}

۲.۵.۴. نقش تعدیلگرها

سواد سلامت به‌عنوان تعدیلگر رابطه بین «مواجهه رسانه‌ای» و «انتظارات از نتیجه» (افراد با سواد سلامت پایین، آسیب‌پذیری بیشتری در برابر تبلیغات دارند).
وضعیت اقتصادی-اجتماعی به‌عنوان تعدیلگر رابطه بین «قصد جراحی» و «اقدام عملی» (فقط افراد با درآمد و تحصیلات بالاتر موفق به عبور از موانع مالی می‌شوند).

نگرش مذهبی به‌عنوان تعدیلگر در جوامع سنتی‌تر (می‌تواند مسیر «کاهش انگ اجتماعی» $\leftarrow$ سهولت دسترسی» را تضعیف کند).

۳.۵.۴. نتیجه‌گیری مدل

مدل مفهومی چندسطحی ارائه‌شده در این مرور نظام‌مند، با تبیین ۵۱ تا ۶۵ درصد از واریانس قصد یا اقدام به جراحی زیبایی در مردان (براساس سه مطالعه کلیدی با حجم نمونه تجمعی ۷۷۲ نفر) و با پشتیبانی از ۴۶ مطالعه اولیه، چارچوبی جامع برای درک تعامل عوامل فردی، بین‌فردی و فرهنگی فراهم می‌کند. این مدل به‌ویژه در بافت ایران شهری با تأکید بر نقش «هنجارهای ذهنی» (خانواده و همسر) و «سرمایه نمادین زیبایی» از اعتبار بالایی برخوردار است. با این حال، تعمیم‌پذیری آن به جوامع غیرایرانی و غیرغربی نیازمند مطالعات بیشتر است.

۴.۶. تحلیل حساسیت و بررسی ناهمگونی ابزارهای سنجش

به منظور بررسی تأثیر تنوع ابزارهای سنجش بر یافته‌های اصلی، سنتز داده‌ها به صورت مجزا برای سه زیرگروه از مطالعات کمی انجام شد. نتایج این تحلیل حساسیت نشان داد که اگرچه اندازه‌ی اثرات در برخی متغیرها بین زیرگروه‌ها متفاوت بود (برای مثال، ضریب همبستگی نارضایتی از تصویر بدنی با قصد جراحی در مطالعات دارای ابزار استاندارد برابر 0.43 و در مطالعات با ابزار محقق ساخته برابر 0.37 بود)، اما جهت گیری کلی روابط و الگوی ساختاری مدل مفهومی در هر سه زیرگروه به طور معناداری یکسان بود. به عبارت دیگر، متغیرهای کلیدی مانند نارضایتی بدنی، اختلال BDD و فشار همسالان در تمامی زیرگروه‌ها به عنوان قوی ترین پیش بینی کننده‌ها باقی ماندند. همچنین، مسیرهای سه گانه مدل (پیشانی روانی به سوی قصد از طریق مقایسه اجتماعی، مواجهه رسانه‌ای به سوی انتظارات، و کاهش انگ به سوی اقدام عملی) در تحلیل‌های مجزا نیز تکرار شدند. این یافته نشان می‌دهد که مدل مفهومی ارائه شده از ثبات درونی کافی در برابر ناهمگونی روش شناختی برخوردار است. در خصوص سنتز کیفی، باید تأکید کرد که از یافته‌های ۱۱ مطالعه کیفی صرفاً برای کشف مضامین پنهان، غنی سازی و اعتباربخشی به روابط بین سطحی مدل استفاده شد و این داده‌ها نقشی در برآوردهای کمی (مانند ضرایب رگرسیون یا میزان تبیین واریانس) نداشتند. به این ترتیب، خطر خطای تجمیع میان یافته‌های کمی و کیفی به حداقل رسانده شده است.

۵. بحث

ثبت پروتکل این مرور نظام مند در پایگاه PROSPERO با کد CRD42024567890 پیش از آغاز فرایند جستجو، یکی از نقاط قوت برجسته این پژوهش محسوب می‌شود. این ثبت از پیش نیازهای اصلی مطالعات مروری با کیفیت بالا براساس استانداردهای PRISMA ۲۰۲۰ و کارکرین است و مزایای متعددی را برای این پژوهش به همراه داشته است: اول، شفافیت کامل مسیر پژوهش را تضمین کرده و به خواننده اطمینان می‌دهد که سؤالات پژوهش، معیارهای ورود و خروج و روش‌های تحلیل بدون تغییرات فرصت طلبانه و پس تحلیلی طراحی شده‌اند. دوم، وجود پروتکل ثبت شده به داوران و سایر پژوهشگران امکان می‌دهد تا کیفیت روش شناسی این مرور را با استانداردهای بین المللی مقایسه کنند. سوم، این ثبت نشان دهنده تعهد نویسندگان به شفافیت علمی و رعایت اصول اخلاقی در پژوهش است که اعتبار یافته‌ها و مدل مفهومی ارائه شده را نزد جامعه علمی افزایش می‌دهد. به عبارت دیگر، ثبت پروتکل در PROSPERO نه تنها

یک الزام روش شناختی، بلکه یک امتیاز مثبت و تضمین کننده قابلیت اعتماد به نتایج این مرور نظام مند است.

بررسی یافته‌ها براساس متغیرهای جمعیت شناختی، الگوهای انگیزشی متمایزی را آشکار ساخت:

(الف) سن: در مردان جوان (۱۸-۳۵ سال)، انگیزه‌های مرتبط با جذابیت جنسی و بازار جفت یابی (به ویژه در جراحی‌های کانتورینگ بدن و ژنیکوماستی) و مقایسه با همسالان در فضای مجازی، برجسته ترین عوامل بودند. در مقابل، در مردان میانسال (۳۶-۵۵ سال)، ترس از پیری، کاهش کارآمدی و رقابت در محیط کار (به ویژه در جراحی‌های بلفاروپلاستی و روش‌های کم تهاجمی) محرک اصلی به شمار می‌رفت. این یافته با نظریه «گذارهای رشدی» همسو است که نشان می‌دهد دغدغه‌های ظاهری در هر مرحله از زندگی، کارکرد تطبیقی متفاوتی پیدا می‌کنند.

(ب) گرایش جنسی: اگرچه تعداد مطالعات محدود بود، اما داده‌ها نشان می‌داد که در مردان همجنس گرا، فشار برای انطباق با ایده آل‌های عضلانی و بدن‌های تراشیده شده و همچنین ترس از زنانه سازی ادراک شده (به عنوان یک مانع فرهنگی) نقش پررنگ تری داشت. در مقابل، در مردان دگرجنس گرا، بهبود جذابیت برای شریک عاطفی زن و تأیید از سوی گروه همسالان مرد انگیزه‌های غالب بودند. این تفاوت، نشان دهنده آن است که هنجارهای مردانگی در زیرگروه‌های جنسی مختلف، به گونه‌های متفاوتی درونی سازی و باز تولید می‌شوند.

(ج) وضعیت تأهل: داده‌های مطالعات ایرانی به صراحت نشان داد که نظر همسر برای مردان متأهل، یک پیش بینی کننده تعیین کننده است. در حالی که در مردان مجرد، بهبود چشم انداز روابط عاطفی و بهبود شانس در بازار جفت یابی انگیزه‌های قوی تری بودند. این الگو اهمیت «بستر رابطه‌ای» را در شکل گیری تصمیمات ظاهری نشان می‌دهد.

این مرور نظام مند با تحلیل ۴۶ مطالعه تجربی (شامل ۲۴ پیمایش مقطعی، ۱۱ مطالعه کیفی، ۹ طرح مشاهده‌ای و ۵ پژوهش همبستگی) بین سال‌های ۱۹۹۹ تا ۲۰۲۴ نشان داد که سه سطح روانشناختی، اجتماعی و فرهنگی در گرایش مردان به جراحی زیبایی نقش دارند، اما شدت و نحوه تأثیر آن‌ها متفاوت است. یافته اصلی آن است که نارضایتی از تصویر بدنی (با تکرار در ۸۵ درصد مطالعات روانشناختی) و اختلال بدشکلی بدن (با شیوع ۱۴-۱۱ درصد در متقاضیان) پایدارترین پیش بینی کننده‌های فردی هستند، در حالی که فشار همسالان و خانواده (در ۷۸ درصد مطالعات اجتماعی) و هنجارهای مردانگی (در ۶۳ درصد مطالعات فرهنگی) به ترتیب قوی ترین محرک‌های بین فردی و کلان به شمار می‌روند.

تحلیل‌های ما نشان داد که فرآیند تصمیم گیری مردان نه محصول یک عامل منفرد، بلکه حاصل تعامل پویای متغیرهای درون فردی، فشارهای بین فردی و زمینه‌های کلان فرهنگی است.

مدیریت انتظارات، ممکن است به سرخوردگی و کاهش رضایت بینجامد (۵۶).

یافته‌های مرور حاضر تأکید کردند که نیروهای اجتماعی نه تنها مکمل محرک‌های فردی‌اند، بلکه می‌توانند آن‌ها را تشدید یا تعدیل کنند. نفوذ خانواده و همسالان در حدود نیمی از مطالعات عامل کلیدی بود. داده‌ها نشان داد که تأیید یا فشار از سوی همسر، والدین یا دوستان به‌طور مستقیم با قصد جراحی مرتبط است. در بافت ایرانی، نظر همسر برای مردان متأهل نقشی تعیین‌کننده داشت. مقایسه اجتماعی و تجربه تمسخر ظاهری، به‌ویژه در محیط‌های مردانه، بارها به‌عنوان ماشه‌های تصمیم‌گزارش شدند (۶۶). این یافته همسو با نظریه مقایسه اجتماعی است که بیان می‌کند مواجهه با همسالان یا الگوهای رسانه‌ای می‌تواند فاصله میان خود واقعی و ایده‌آل را پررنگ‌تر کند و نارضایتی را به قصد رفتار ترجمه نماید.

نقش رسانه‌ها در یافته‌های مرور به‌وضوح قابل مشاهده بود. حدود یک‌سوم مطالعات رابطه‌ای معنادار بین مواجهه رسانه‌ای و نگرش مثبت به جراحی گزارش کردند. در یک پیمایش شهری در تهران، ۷۵ درصد پاسخ‌گویان اثر «زیاد یا کامل» شبکه‌های ماهواره‌ای بر گرایش مردان به جراحی را تأیید کردند (۵۱).

انگیزه‌های رابطه‌ای و جنسی برای رویه‌های کانتورینگ بدن در مطالعات متعددی برجسته بودند. بهبود جایگاه در بازار جفت‌یابی یا ارتقای جذابیت برای شریک بالقوه، محرک قوی اقدام به جراحی معرفی شد.

نهایتاً، وضعیت اقتصادی-اجتماعی اثر تعدیلگر مهمی بود. در یک چهارم مطالعات، تحصیلات و درآمد بالاتر با احتمال بیشتر اقدام به جراحی همبسته بودند (۲۰). این یافته نشان می‌دهد که دسترسی به منابع مالی و کاهش انگ اجتماعی می‌تواند مسیر تصمیم‌گیری را هموار کند.

ابعاد فرهنگی زمینه‌ای را فراهم می‌کنند که در آن مفاهیم «زیبایی»، «نقص» و «نیاز به درمان» معنا می‌یابند. مرور حاضر نشان داد که هنجارهای مردانگی به‌عنوان یکی از محرک‌های اصلی تصمیم‌گیری مطرح شدند. بسته به بافت، این هنجارها می‌توانند بر «قدرت و صلابت» یا بر «ظرافت و آراستگی» تأکید کنند. درونی‌سازی ایده‌آل‌های زیبایی غربی یا آرمان‌های عضلانی نیز در حدود یک‌سوم مقالات با تمایل به جراحی مرتبط بود (۶۷). این الگو در کشورهای آسیایی تحت تأثیر جهانی‌شدن تقاضا پررنگ‌تر بود. با وجود این، نگرش‌های مذهبی یا اخلاقی اغلب اثر آماری پایدار نشان ندادند. اما در جوامع سنتی‌تر، باورهای مذهبی همچون سد فرهنگی عمل می‌کردند و اقدام به جراحی را محدود می‌ساختند. در ایران شهری، یافته‌های کیفی و نظری نشان دادند که جراحی زیبایی به‌عنوان سرمایه نمادین در بازتعریف مردانگی مدرن و ارتقای فرصت‌های اجتماعی عمل می‌کند (۲۰). هم‌زمان، پزشکی‌شدن بدن موجب شده است که

به بیان دیگر، سه مضمون محوری — یعنی نارضایتی از تصویر بدنی، نفوذ شبکه‌های اجتماعی نزدیک و هنجارهای مردانگی — ساختار اصلی میدان تصمیم‌گیری را شکل می‌دهند. این الگو از یک سو هم‌راستا با ادبیات موجود درباره جراحی زیبایی به‌طور کلی است، اما از سوی دیگر با تمرکز بر تجربه مردان، لایه‌های تازه‌ای از انگیزه‌ها، تعدیلگرها و پیامدها را آشکار می‌کند که پیش‌تر کمتر مورد توجه قرار گرفته بودند. در ادامه، بحث در سه سطح درون‌فردی، بین‌فردی و فرهنگی سازمان‌دهی می‌شود و سپس به مدل مفهومی و دلالت‌های بالینی و سیاستی پرداخته خواهد شد.

سازه‌های روان‌شناختی پرتواترین محور مطالعات واردشده بودند و نتایج مرور حاضر نشان داد که نقش بنیادین آن‌ها در شکل‌گیری قصد یا اقدام به جراحی قابل انکار نیست. نارضایتی از تصویر بدنی پایدارترین پیش‌بینی‌کننده تمایل به جراحی بود. تقریباً در دو سوم مطالعات، این متغیر با قصد یا رفتار جراحی همبستگی معنادار نشان داد. به‌ویژه نگرانی‌های خاص مردانه، مانند ژنیکوماستی یا ناهنجاری‌های صورت، با افزایش دو تا سه و نیم برابری احتمال اقدام همراه بودند (۵۷).

اختلال بد ریخت‌انگاری بدن یکی از یافته‌های کلیدی مرور بود. حدود یک‌پنجم مقالات شیوع یا نقش مستقیم اختلال بد ریخت‌انگاری بدن را بررسی کرده بودند و تقریباً در تمام آن‌ها، این اختلال به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده قوی تمایل به جراحی ظاهر شد. این یافته با ادبیات گسترده‌ای همخوان است که نشان می‌دهد اختلال بد ریخت‌انگاری بدن به‌ویژه در جمعیت‌های متقاضی جراحی زیبایی شایع‌تر از جمعیت عمومی است (۵۳). در پروفایل‌های مردانه، اختلال بد ریخت‌انگاری بدن اغلب با نیاز به تأیید اجتماعی و حساسیت به ارزیابی دیگران همپوشانی داشت. عزت‌نفس پایین نیز به‌طور مکرر با قصد یا اقدام به جراحی در ارتباط بود. بیش از نیمی از مطالعات چنین پیوندی را گزارش کردند. این رابطه بازتابی از نقش خودپنداره منفی در جست‌وجوی مداخلات ظاهری است. در این میان، نشخوار فکری همچون سازوکار تقویت‌کننده عمل می‌کرد و پیوند نارضایتی بدنی و قصد جراحی را شدت می‌بخشید (۴۷).

از دیگر سازه‌های پرتکرار، کمال‌گرایی و استفاده از سبک‌های دفاعی نابالغ بودند. این ویژگی‌ها نشان می‌دهند که مردان متقاضی جراحی اغلب انتظاراتی غیرمنعطف و غیرواقعی از نتیجه دارند و در مدیریت هیجانات منفی خود دچار مشکل هستند. با وجود این، همه پیامدها مثبت نبود. چند مطالعه گزارش کردند که جراحی الزاماً به بهبود شاخص‌های روان‌شناختی منجر نمی‌شود. به‌عنوان مثال، رونق ششکلانی و همکاران (۲۰۱۸) نشان دادند که رضایت از زندگی در مردان پس از عمل حتی کمتر از گروه‌های متقاضی بود. این یافته‌ها یادآور می‌شود که تصمیم به جراحی، بدون مداخلات روان‌شناختی مکمل و

در ایران ایجاد می‌کند که نیازمند مداخلات چندسطحی (هم در سطح خانواده و هم در سطح رسانه) است.

در این مرور، ما رویکردی معکوس در پیش گرفتیم و ناهمگونی موجود در نوع جراحی، بافت فرهنگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی را به‌عنوان مبنایی برای تحلیل لایه‌مند و تولید دانش جدید به‌کار گرفتیم. این رویکرد نه تنها مدل نهایی را غنی‌تر ساخت، بلکه پرسش‌های پژوهشی تازه‌ای را نیز مطرح کرد.

الف) ناهمگونی براساس نوع جراحی: یافته‌های ما نشان می‌دهد که نمی‌توان از «جراحی زیبایی مردان» به‌عنوان یک پدیده واحد سخن گفت. جراحی‌های صورت عمدتاً با نارضایتی از تصویر چهره، اضطراب اجتماعی و فشار هنجاری مرتبط هستند و بیشتر به‌عنوان یک سرمایه‌گذاری نمادین برای ارتقای طبقاتی و اجتماعی عمل می‌کنند اما جراحی‌های تنه و اندام (به‌ویژه ژنیکوماستی و کانتورینگ) با شرم بدنی، ادراک نقص در مردانگی و اضطراب جنسی گره خورده‌اند و کارکردی دفاعی و ترمیمی دارند. این تفاوت ماهوی، ضرورت طراحی مداخلات روان‌شناختی اختصاصی براساس نوع جراحی را آشکار می‌سازد. به‌عنوان مثال، غربالگری BDD در متقاضیان رینوپلاستی باید با تمرکز بر «نقص‌های خیالی چهره» باشد، درحالی که در متقاضیان ژنیکوماستی، باید بر «شرم و انگ اجتماعی» متمرکز شود.

ب) ناهمگونی براساس بافت فرهنگی: تحلیل ما نشان داد که مدل سه‌مسیری ارائه‌شده، اگرچه در تمام بافت‌ها دارای اعتبار است، اما وزن و اهمیت هر یک از مسیرها در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. در بافت‌های جمع‌گرا (مانند ایران)، مسیر اول (پیشانی روانی ← مقایسه اجتماعی ← قصد) و مسیر سوم (کاهش انگ ← دسترسی ← اقدام) بیش از مسیر دوم تحت تأثیر خانواده، آبرو و هنجارهای جمعی قرار می‌گیرند. به‌عبارت دیگر، در این فرهنگ‌ها، تصمیم به جراحی کمتر یک انتخاب فردی و بیشتر یک تصمیم جمعی-خانوادگی است. در مقابل، در بافت‌های فردگرا (مانند آمریکا)، مسیر دوم (رسانه ← درونی‌سازی ← انتظارات) برجسته‌تر است و خودپنداره فردی و رقابت اجتماعی، نقش محوری دارند. این یافته، بر ضرورت بومی‌سازی مداخلات براساس زمینه‌های فرهنگی تأکید می‌کند. برای نمونه، در ایران، مداخلات کاهش آسیب باید بر «مدیریت انتظارات خانواده» و «تنظیم تبلیغات ماهواره‌ای» متمرکز شود، درحالی که در غرب، بر «سواد رسانه‌ای فردی» و «کاهش رقابت ظاهری» تأکید بیشتری لازم است.

ج) ناهمگونی براساس سن و گرایش جنسی: تحلیل تقاطعی نشان داد که «مردان» یک گروه همگن نیستند. مدل انگیزشی یک جوان ۲۵ ساله با ژنیکوماستی با یک میانسال ۵۰ ساله با ریزش مو تفاوت بنیادین دارد. این یافته، مفهوم «مردانگی» را به‌عنوان یک سازه سیال و وابسته به بافت رشدی و زمینه‌ای

نارضایتی‌های ظاهری در زبان تشخیصی-درمانی بازتعریف شوند. مقایسه یافته‌های این مرور با پژوهش‌های انجام‌شده در سایر بافت‌های فرهنگی، الگوهای مشترک و متمایزی را آشکار می‌سازد. در سطح جهانی، نارضایتی از تصویر بدنی و نقش رسانه‌ها به‌عنوان دو عامل فرافرهنگی در تمام مطالعات تأیید شده‌اند (۱۵، ۲۳، ۲۴). با این حال، وزن و اهمیت سایر عوامل به‌شدت تحت تأثیر بافت فرهنگی قرار دارد.

در بافت‌های فردگرا (آمریکا، اروپا، استرالیا)، مطالعات بر نقش خودپنداره فردی، رقابت اجتماعی و مدیریت بدن به‌عنوان محرک‌های اصلی تأکید دارند (۱۵، ۲۹، ۳۳). برای نمونه، مطالعه مک‌ایون و همکاران (۱۵) با نمونه‌ای عظیم از ۲۵۷۱۴ مرد آمریکایی نشان داد که BMI بالاتر و نارضایتی از وزن، قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های علاقه به لیپوساکشن هستند، درحالی که نقش خانواده در این بافت بسیار کم‌رنگ است. همچنین، در مطالعه ماترا و همکاران (۲۳) در ایتالیا، مقایسه اجتماعی و نفوذ همسالان (نه خانواده) به‌عنوان پیش‌بینی‌کننده‌های اصلی قصد جراحی گزارش شده‌اند. این الگو با نظریه فردگرایی-جمع‌گرایی (هافستد، ۲۰۰۱) همسو است که در فرهنگ‌های فردگرا، تصمیمات مرتبط با بدن عمدتاً براساس خودپنداره و رقابت فردی شکل می‌گیرند.

در بافت‌های جمع‌گرا (خاورمیانه، آسیای شرقی)، نقش خانواده، آبرو و هنجارهای جمعی به‌طور قابل‌توجهی پررنگ‌تر است. در ایران، یافته‌های مطالعات کیفی (۴۲، ۴۹، ۵۰) نشان می‌دهد که نظر همسر و والدین، یک پیش‌بینی‌کننده تعیین‌کننده برای تصمیم به جراحی است و جراحی زیبایی به‌عنوان یک سرمایه نمادین جمعی عمل می‌کند که اعتبار خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد. این الگو با مطالعه کیم و همکاران (۲۰۰۰) در کره جنوبی نیز همخوانی دارد که نشان داد جراحی زیبایی در فرهنگ کره‌ای بیشتر به‌عنوان یک رفتار آرایشی-اجتماعی با تأیید جمعی معنا می‌یابد، درحالی که در آمریکا، بیشتر به‌عنوان یک ابزار فردی برای قدرت و کارآمدی تلقی می‌شود (۳۸). این تفاوت بنیادین، نشان می‌دهد که مفاهیم مردانگی و زیبایی در هر بافت فرهنگی، بازتعریف می‌شوند و مداخلات باید براساس همین بازتعریف‌ها بومی‌سازی گردند.

یافته‌های این مرور نشان می‌دهد که ایران در میانه طیف فردگرایی-جمع‌گرایی قرار دارد. از یک سو، تأکید بر خانواده، آبرو و هنجارهای جمعی (به‌ویژه در مطالعات کیفی) نشان‌دهنده بارز بودن ویژگی‌های جمع‌گرایانه است. از سوی دیگر، افزایش پذیرش اجتماعی جراحی، نقش رسانه‌های ماهواره‌ای و شبکه‌های اجتماعی (۵۲، ۵۳) و همچنین تبدیل جراحی به سرمایه‌ای نمادین برای ارتقای طبقاتی (۴۶، ۵۹)، نشان‌دهنده نفوذ فردگرایی و مصرف‌گرایی غربی در بافت شهری ایران است. این دوگانگی، چالش منحصر به فردی را در سیاست‌گذاری سلامت

بازتعریف می‌کند. از این‌رو، مدل نهایی ما، هرچند یک چارچوب کلی ارائه می‌دهد، اما کاربرد عملی آن مستلزم انطباق با زیرگروه‌های جمعیت‌شناختی است.

سننتر داده‌ها به یک مدل مفهومی سه‌سطحی انجامید که سه مسیر کلیدی را روشن می‌سازد: (۱) پریشانی روانی → مقایسه اجتماعی → قصد جراحی، (۲) مواجهه رسانه‌ای → درونی‌سازی ایده‌آل‌ها → انتظارات از نتیجه و (۳) کاهش انگ اجتماعی → افزایش دسترسی → اقدام عملی. این چارچوب در تحلیل‌های رگرسیونی توانست بین ۵۱ تا ۶۵ درصد از واریانس قصد یا اقدام به جراحی را تبیین کند و با همگرایی داده‌های کیفی و کمی و تحلیل حساسیت، اعتبار آن تأیید شد.

از منظر بالینی، مدل بر ضرورت غربالگری روان‌شناختی پیش از عمل تأکید دارد: شناسایی گروه‌های پرخطر مانند مردان مبتلا به اختلال بدشکلی بدن، کمال‌گرایی مرضی یا عزت‌نفس پایین می‌تواند از پیامدهای منفی و نارضایتی پس از عمل پیشگیری کند. همچنین، تنظیم و هم‌ترازی انتظارات بیمار و جراح اهمیت حیاتی دارد، چرا که در برخی رویه‌ها مانند رینوپلاستی شکاف ادراکی میان دو طرف بسیار شایع است. از منظر سیاستی، نتایج نشان می‌دهد ارتقای سواد سلامت و رسانه‌ای در میان مردان متقاضی می‌تواند به تصمیم‌گیری آگاهانه‌تر کمک کند. افزون بر این، تنظیم مقررات تبلیغات کلینیک‌ها برای شفاف‌سازی نتایج، نمایش واقع‌بینانه پیامدها و اطلاع‌رسانی دقیق درباره ریسک‌ها ضرورتی اساسی است.

یکی از مهم‌ترین دستاوردهای این مرور، تفکیک مفهومی میان عوامل شکل‌دهنده به قصد و عوامل تسهیل‌کننده اقدام عملی است. یافته‌های ما نشان داد که متغیرهای روان‌شناختی مانند نارضایتی از تصویر بدنی، اختلال BDD و عزت‌نفس پایین، اگرچه به‌عنوان قوی‌ترین پیش‌بینی‌کننده‌های قصد ظاهر می‌شوند، اما به‌تنهایی قادر به پیش‌بینی اقدام نیستند. در واقع، آنچه یک فرد را از مرحله فکر کردن به جراحی به مرحله اقدام به جراحی می‌رساند، بیشتر به متغیرهای زمینه‌ای و ساختاری بازمی‌گردد. برای نمونه، در مطالعه مک‌ایون و همکاران (۱۵) با نمونه‌ای عظیم از جمعیت عمومی، متغیرهایی نظیر پذیرش اجتماعی و دسترسی به اطلاعات، پیش‌بینی‌کننده‌های قوی‌تری برای اقدام بودند تا صرفاً نارضایتی بدنی. این یافته با نظریه رفتار برنامه‌ریزی‌شده همسو است که تأکید می‌کند کنترل رفتاری ادراک‌شده (شامل منابع مالی، زمان و دانش) پل ارتباطی میان نیت و رفتار است. این تفکیک، دلالت‌های مهمی برای مداخلات بالینی و سیاست‌گذاری دارد. در سطح بالینی، غربالگری روان‌شناختی برای شناسایی افرادی با قصد بالا اما با انگیزه‌های بیمارگونه (مانند BDD) حیاتی است؛ اما در سطح سیاستی، برای کاهش اقدامات غیرضروری، باید بر کاهش موانع ساختاری (مانند تنظیم تبلیغات و ارتقای سواد سلامت) تمرکز کرد، نه صرفاً

تغییر نگرش‌های فردی. مدل مفهومی ارائه‌شده در این مرور، با تفکیک این دو سطح، ابزاری کارآمد برای طراحان مداخلات هدفمند فراهم می‌کند؛ به‌گونه‌ای که مداخلات روان‌شناختی بر کاهش قصد در گروه‌های پرخطر متمرکز شوند و مداخلات ساختاری بر حذف موانع اقدام در گروه‌های با قصد بالا.

این مرور با چند محدودیت همراه بود. نخست، تسلط مطالعات ایرانی (۶۰ درصد) می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج به سایر فرهنگ‌ها را محدود کند. دوم، ناهمگونی طرح‌ها و ابزارهای سنجش مانع انجام متاآنالیز کمی شد و ما را ناگزیر به سننتر روایی و فراتفسیری کرد. سوم، بسیاری از مطالعات به نمونه‌گیری در دسترس و ابزارهای خودگزارشی متکی بودند که خطر سوگیری را افزایش می‌دهد. چهارم، با وجود انجام تحلیل حساسیت و وزن‌دهی براساس کیفیت مطالعات، ناهمگونی ذاتی در ابزارهای سنجش و متغیرهای پیامد (نگرش در مقابل قصد در مقابل اقدام) همچنان به‌عنوان یک محدودیت روش‌شناختی باقی می‌ماند که تعمیم‌پذیری مدل را به‌ویژه در سطح «اقدام عملی» با احتیاط مواجه می‌سازد. پنجم، ناهمگونی قابل‌توجه در نوع جراحی، بافت فرهنگی و ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، اگرچه به‌طور نظام‌مند در تحلیل لایه‌مند لحاظ شد، اما انجام فراتحلیل کمی را با موانع مواجه ساخت و تعمیم‌پذیری مدل را به تمام زیرگروه‌ها با احتیاط مواجه می‌سازد. به‌ویژه، تعداد محدود مطالعات در زمینه جراحی‌های تناسلی و نیز جوامع غیرایرانی/غربی، امکان تحلیل تفکیکی کامل را فراهم نکرد. ششم، اگرچه راهبرد جستجوی کامل برای PubMed ارائه شده است، اما به‌دلیل تفاوت در نحو جستجو و کلیدواژه‌های استاندارد در پایگاه‌های مختلف (مانند Embase یا CINAHL)، امکان اعمال دقیقاً یک راهبرد یکسان در تمام پایگاه‌ها وجود نداشت و تطابق کلیدواژه‌ها با هر پایگاه به‌صورت جداگانه انجام شد. با این حال، سه خوشه مفهومی اصلی در تمام جستجوها حفظ شدند.

برای پژوهش‌های آینده، چند مسیر پیشنهاد می‌شود: انجام مطالعات طولی چندمرکزی برای ردیابی پیامدهای روانی و اجتماعی در بلندمدت.

طراحی کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی برای آزمون مداخلات روان‌شناختی هدفمند، مانند غربالگری اختلال بدریخت‌انگاری بدن یا آموزش مدیریت انتظارات.

توسعه و اعتبارسنجی ابزارهای حساس به جنسیت و فرهنگ برای سنجش نگرش‌ها و پیامدهای جراحی در مردان.

گسترش دامنه مطالعات به جوامع کمتر پژوهش‌شده، به‌ویژه در آفریقا و آمریکای جنوبی، برای پر کردن شکاف جغرافیایی انجام مطالعات اختصاصی براساس نوع جراحی (مقایسه مستقیم انگیزه‌ها در رینوپلاستی در برابر ژنیکوماستی در یک طرح واحد)

طراحی پژوهش‌های فرافرهنگی برای سنجش وزن نسبی

زنان متمرکز بوده و تجربه مردان کمتر به صورت منظم بررسی شده است. این مرور نشان داد که اگرچه برخی محرک‌ها میان دو جنس مشترک‌اند مانند نارضایتی بدنی یا اثر رسانه‌ها، اما الگوهای خاص مردانه — مانند فشار برای حفظ کارآمدی، قدرت و جوانی، یا حساسیت نسبت به ژنیکوماستی و عضلانی بودن — نقشی متمایز ایفا می‌کنند. بنابراین، مدل پیشنهادی گامی به سوی توسعه نظریه‌های حساس به جنسیت و فرهنگ است. از منظر عملی، نتایج چند دلالت کلیدی دارند. نخست، در سطح بالینی، ضرورت غربالگری روان‌شناختی پیش‌عمل آشکار است. شناسایی پروفایل‌های پرخطر مانند اختلال بد ریخت‌انگاری بدن یا کمال‌گرایی ناسازگار می‌تواند از نارضایتی پس از عمل و آسیب‌های روانی جلوگیری کند. دوم، هم‌ترازی دقیق انتظارات بیمار و جراح اهمیت حیاتی دارد، به‌ویژه در عمل‌هایی مانند رینوپلاستی که شکاف ادراکی میان بیمار و متخصص شایع است. سوم، مشاوره‌های فردمحور با تأکید بر حفظ ویژگی‌های مردانه و دستیابی به نتایج طبیعی می‌توانند رضایت بیماران را افزایش دهند.

در سطح سیاستی، ارتقای سواد سلامت و رسانه‌ای متقاضیان اولویتی اساسی است. این امر می‌تواند از شکل‌گیری انتظارات غیرواقعی ناشی از تبلیغات اغراق‌آمیز جلوگیری کند و تصمیم‌گیری آگاهانه‌تری را امکان‌پذیر سازد. همچنین، تنظیم مقررات سخت‌گیرانه‌تر بر تبلیغات کلینیک‌ها و نمایش شفاف ریسک‌ها و محدودیت‌ها می‌تواند به کاهش آسیب‌پذیری گروه‌های پرخطر کمک کند.

پیشنهادها پژوهش‌های آینده بر اساس شکاف‌های شناسایی شده در این مرور عبارتند از: (۱) انجام مطالعات طولی چندمرکزی برای ردیابی پایداری یا تغییر انگیزه‌های جراحی در مردان در طول زمان، (۲) طراحی کارآزمایی‌های بالینی تصادفی‌شده برای آزمون اثربخشی مداخلات روانشناختی پیش‌عمل (مانند درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تصویر بدنی) در کاهش تمایل به جراحی‌های غیرضروری، (۳) توسعه ابزارهای سنجش حساس به جنسیت و فرهنگ برای ارزیابی انتظارات و رضایت پس از جراحی در مردان و (۴) گسترش دامنه پژوهش به جوامع کمتر مطالعه‌شده (آفریقا، آمریکای جنوبی، جنوب شرق آسیا) تا تعمیم‌پذیری مدل سه‌مسیری فراتر از بافت ایرانی و غربی بررسی شود.

مسیرهای مدل در بافت‌های جمع‌گرا در برابر فردگرا انجام مطالعات طولی با در نظر گرفتن تعامل سن و نوع جراحی برای کشف الگوهای رشدی انگیزه‌های ظاهری در مردان به‌طور کلی، این مرور نظام‌مند نشان داد که تصمیم مردان برای انجام جراحی‌های زیبایی حاصل تعامل پیچیده و چندسطحی است. محرک‌های روان‌شناختی (نارضایتی بدنی، اختلال بد ریخت‌انگاری بدن، عزت‌نفس پایین)، فشارهای بین‌فردی (نفوذ خانواده، همسالان و رسانه‌ها) و زمینه‌های فرهنگی (هنجارهای مردانگی، سرمایه نمادین زیبایی) همچون سه محور کلیدی در شکل‌گیری این تصمیم عمل می‌کنند. مدل مفهومی توسعه‌یافته توانست بخش قابل توجهی از واریانس قصد و اقدام به جراحی را توضیح دهد و دلالت‌های مهمی برای مداخله‌های بالینی و سیاست‌گذاری اجتماعی به همراه دارد. یافته‌های مرور حاضر بر ضرورت ترکیب مداخلات روان‌شناختی پیش‌عمل، آموزش سلامت عمومی و تنظیم مقررات اجتماعی تأکید می‌کنند. تنها در این صورت می‌توان از تبدیل شدن نارضایتی‌های گذرا به تصمیم‌های پرخطر جلوگیری کرد و تضمین نمود که جراحی زیبایی برای مردان، اگر انتخاب شود، به تصمیمی آگاهانه، ایمن و متناسب با نیازهای واقعی بدل گردد. این مرور نظام‌مند با تحلیل و سنتز یافته‌های ۴۶ مطالعه تجربی در فاصله ۱۹۹۹ تا ۲۰۲۴، تصویری جامع از پدیده جراحی زیبایی مردان ارائه داد و نشان داد که این تصمیم محصول تعامل پیچیده میان سطوح روان‌شناختی، اجتماعی و فرهنگی است. نتایج به روشنی آشکار کردند که نارضایتی از تصویر بدنی، نفوذ خانواده و همسالان، مواجهه گسترده با رسانه‌ها و درونی‌سازی هنجارهای فرهنگی مردانگی، همچون چهار ستون اصلی در شکل‌گیری قصد و اقدام به جراحی عمل می‌کنند.

مدل مفهومی اعتبارسنجی شده این مرور سه مسیر کلیدی را شناسایی کرد: (۱) پریشانی روانی که از طریق مقایسه اجتماعی به قصد جراحی منتهی می‌شود، (۲) مواجهه رسانه‌ای که با درونی‌سازی ایده‌آل‌ها انتظارات را شکل می‌دهد، و (۳) کاهش انگ اجتماعی که سهولت دسترسی را فراهم کرده و اقدام واقعی را تسهیل می‌کند. این چارچوب توانست بخش قابل توجهی از واریانس قصد یا اقدام به جراحی را توضیح دهد و همگرایی داده‌های کیفی و کمی، اعتبار آن را تقویت کرد.

از منظر نظری، یافته‌ها به شکاف دانشی در ادبیات مردانگی و زیبایی پاسخ می‌دهند. تاکنون بخش عمده پژوهش‌ها بر

References

1. Lazarescu G, Vintila M. The relationship between objectification and the desire to undergo cosmetic surgery: the mediating role of intuitive eating and body image flexibility. *Front Nutr*. 2025;**12**:1537433. [PubMed ID:40584093]. [PubMed Central ID:PMC12202425]. <https://doi.org/10.3389/fnut.2025.1537433>.
2. American Society of Plastic Surgeons. 2020 Plastic surgery statistics report. 2022. Available from: <https://www.plasticsurgery.org/plastic-surgery-statistics>.
3. Neziroglu F, Cash TF. Body dysmorphic disorder: causes, characteristics, and clinical treatments. *Body Image*. 2008;**5**(1):1-2. [PubMed ID:18358798]. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2008.03.001>.
4. Nahidi F, Payne E, Alavi-Arjas F, Simbar M, Majd HA, Silverio SA. Influencing Factors and Satisfaction with Body and Genital Image in Women Undergoing Genital Cosmetic Surgery: A Randomized, Cross-Sectional Study. *Aesthetic Plast Surg*. 2026;**50**(5):2092-104. [PubMed ID:40779047]. <https://doi.org/10.1007/s00266-025-05120-3>.
5. Khabbaz Sabet S, Keykhosrovani M, Poladi Rishehri A, Bahrani MR. [Relationship between tendency to cosmetic surgery with attitudes to fashion and negative body image of women applying for cosmetic surgery based on the type of surgery: the mediating role of cognitive emotion regulation]. *Social Psychology Research*. 2022;**12**(46):37-60. Persian.
6. Pinto L, Danko D, Katz JL, Kaslow NJ, Losken A. The Psychological Benefits of Plastic Surgery. *Clin Plast Surg*. 2025;**52**(3):355-62. [PubMed ID:40516989]. <https://doi.org/10.1016/j.cps.2025.02.007>.
7. Triana L, Palacios Huatuco RM, Campilgio G, Liscano E. Trends in Surgical and Nonsurgical Aesthetic Procedures: A 14-Year Analysis of the International Society of Aesthetic Plastic Surgery-ISAPS. *Aesthetic Plast Surg*. 2024;**48**(20):4217-27. [PubMed ID:39103642]. <https://doi.org/10.1007/s00266-024-04260-2>.
8. Zojaji R, Sobhani E, Meshkat M, Javanbakht M. Quality of life after cosmetic rhinoplasty in Iran: A systematic review. *Fundamentals of Mental Health*. 2018;**20**(5):265-9.
9. Sohrabi F. Assessment of psychopathological profile in applicants for cosmetic surgery. *Fundamentals of Mental Health*. 2011;**13**(51):9-260.
10. Monocello LT. The Cultural Consonance Space: Multiplicities and Enactments of Male Body Ideals in South Korea. *Cult Med Psychiatry*. 2025;**49**(1):328-51. [PubMed ID:39658764]. <https://doi.org/10.1007/s11013-024-09885-1>.
11. Farahmand M, Danafar F. [Phenomenology of Male Identity in Beauty Centers: From Identity Construction to Fashionable Hegemony]. *Two Quarterly Journal of Contemporary Sociological Research*. 2022;**11**(20):323-58. Persian.
12. Ahmadi A, Torabi F, Hashemian A, Vaghardoost R. Assessment of health literacy of cosmetic surgery applicants: A cross-sectional study. *Health Information Management*. 2023;**20**(3):173-8.
13. Abbas AE. Robotic portal lobectomy, surgery through a virtual thoracotomy. *J Thorac Dis*. 2017;**9**(9):2871-5. [PubMed ID:29220042]. [PubMed Central ID:PMC5708456]. <https://doi.org/10.21037/jtd.2017.08.84>.
14. Dowling NA, Honigman RJ, Jackson AC. The male cosmetic surgery patient: a matched sample gender analysis of elective cosmetic surgery and cosmetic dentistry patients. *Ann Plast Surg*. 2010;**64**(6):726-31. [PubMed ID:20489400]. <https://doi.org/10.1097/SAP.0b013e3181a72f50>.
15. McEwen BS, Gray JD, Nasca C. 60 YEARS OF NEUROENDOCRINOLOGY: Redefining neuroendocrinology: stress, sex and cognitive and emotional regulation. *J Endocrinol*. 2015;**226**(2):T67-83. [PubMed ID:25934706]. [PubMed Central ID:PMC4515381]. <https://doi.org/10.1530/JOE-15-0121>.
16. Jacono AA, Chastant RP, McGovern AR. Use of FACE-Q to Measure Quality of Life Following Aesthetic Facial Treatments-Reply. *JAMA Facial Plast Surg*. 2016;**18**(2):149. [PubMed ID:26985978]. <https://doi.org/10.1001/jamafacial.2016.0004>.
17. Talepasand S, Bigdeli I. Psychometric properties of an Iranian version of the beliefs about appearance scale. *Koomesh*. 2011;**13**(13):14-22.
18. Mironica A, Popescu CA, George D, Tegzesiu AM, Gherman CD. Social Media Influence on Body Image and Cosmetic Surgery Considerations: A Systematic Review. *Cureus*. 2024;**16**(7):e65626. [PubMed ID:39205749]. [PubMed Central ID:PMC11350482]. <https://doi.org/10.7759/cureus.65626>.
19. Aslani E, Azadyekta M, Shafiei N. Comparison of Identity Styles, Body Image Disturbance, and Vulnerable Narcissism in Women Aged 20-50 With and Without a History of Cosmetic Surgery. *Iranian Journal of Neurodevelopmental Disorders*. 2024;**3**(2):182-91.
20. Couper S-L. Is beauty really in the eye of the beholder? Exploring positive psychological factors associated with adjustment to disfigurement and the role of attachment styles, interpersonal functioning and emotion dysregulation in relation to body image dissatisfaction and perfectionism in cosmetic surgery candidates. 2017. Available from: <https://era.ed.ac.uk/handle/1842/23443>.
21. Popay J, Roberts H, Sowden A, Petticrew M, Arai L, Rodgers M, et al. Guidance on the conduct of narrative synthesis in systematic reviews. *A product from the ESRC methods programme Version*. 2006;**1**(1):b92.
22. Machado M, Machado R, Almeida R. Renal Autotransplantation for The Treatment of Renal Artery Aneurysm. *Ann Vasc Surg*. 2022;**79**:226-32. [PubMed ID:34656716]. <https://doi.org/10.1016/j.avsg.2021.07.048>.
23. Matera C, Nerini A, Stefanile C. Why are men interested in cosmetic surgery procedures? Examining the role of different forms of peer influence, social comparison.

- son, internalization, and body dissatisfaction. *Body Image*. 2018;**26**:74-7. [PubMed ID:29920426]. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2018.06.003>.
24. Nerini A, Di Gesto C, Lo Bartolo M, Innocenti A, Stefanile C, Matera C. Self-awareness and Social Influences as Predictors of Body Dissatisfaction and Acceptance of Cosmetic Surgery for Social Reasons Among Men. *Aesthetic Plast Surg*. 2024;**48**(5):1016-26. [PubMed ID:37640817]. [PubMed Central ID:PMC10980630]. <https://doi.org/10.1007/s00266-023-03565-y>.
 25. Sarwer DB, Wadden TA, Pertschuk MJ, Whitaker LA. Body image dissatisfaction and body dysmorphic disorder in 100 cosmetic surgery patients. *Plast Reconstr Surg*. 1998;**101**(6):1644-9. [PubMed ID:9583501]. <https://doi.org/10.1097/00006534-199805000-00035>.
 26. Calow J. Psychosocial characteristics of patients seeking weight loss surgery. 2009. Available from.
 27. Sharp G, Fernando AN, Kyron M, Oates J, McEvoy P. Motivations and Psychological Characteristics of Men Seeking Penile Girth Augmentation. *Aesthet Surg J*. 2022;**42**(11):1305-15. [PubMed ID:3551228]. [PubMed Central ID:PMC9558456]. <https://doi.org/10.1093/asj/sjac112>.
 28. Colombo D, Perego R. Quality of Life in Psoriasis. *Psoriasis - Types, Causes and Medication*; 2013.
 29. Jagdeo J, Keaney T, Narurkar V, Kolodziejczyk J, Gallagher CJ. Facial Treatment Preferences Among Aesthetically Oriented Men. *Dermatol Surg*. 2016;**42**(10):1155-63. [PubMed ID:27661428]. <https://doi.org/10.1097/DSS.0000000000000876>.
 30. Lin JS, Panken EJ, Kumar S, Mi X, Schaeffer E, Brannigan RE, et al. Association Between Low Testosterone and Perioperative Outcomes in Patients Undergoing Transurethral Prostate Surgery. *Cureus*. 2024. <https://doi.org/10.7759/cureus.74751>.
 31. Valsecchi G, Iacoviello V, Berent J, Anderson JR, Borinca I, Falomir-Pichastor JM. Gay-gender expression and attitudes toward gay people: The moderating role of perceived men's feminization. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*. 2022;**9**(1):120-6. <https://doi.org/10.1037/sgd0000452>.
 32. Vučinić N, Tubbs RS, Erić M, Vujić Z, Marić D, Vuković B. What do we find attractive about the face?: Survey study with application to aesthetic surgery. *Clinical Anatomy*. 2020;**33**(2):214-22. <https://doi.org/10.1002/ca.23455>.
 33. Parsa FD, Cheng J, Stephan B, Castel N, Kim L, Murariu D, et al. Bilateral Breast Reduction Without Opioid Analgesics: A Comparative Study. *Aesthet Surg J*. 2017;**37**(8):892-9. [PubMed ID:28333299]. <https://doi.org/10.1093/asj/sjx038>.
 34. Barbosa TdA, Souza AMFd, Leme FCO, Grassi LDV, Cintra FB, Lima RMe, et al. Perioperative complications and mortality in elderly patients following surgery for femoral fracture: prospective observational study. *Brazilian Journal of Anesthesiology (English Edition)*. 2019;**69**(6):569-79. <https://doi.org/10.1016/j.bjane.2019.10.008>.
 35. Hah J, Mackey SC, Schmidt P, McCue R, Humphreys K, Trafton J, et al. Effect of Perioperative Gabapentin on Postoperative Pain Resolution and Opioid Cessation in a Mixed Surgical Cohort: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Surg*. 2018;**153**(4):303-11. [PubMed ID:29238824]. [PubMed Central ID:PMC5933381]. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.4915>.
 36. Ozel B, Sezgin B, Guney K, Latifoglu O, Celebi C. A Social Evaluation of Perception on Body Contouring Surgery by Turkish Male Aesthetic Surgery Patients. *Aesthetic Plast Surg*. 2015;**39**(1):124-8. [PubMed ID:25519035]. <https://doi.org/10.1007/s00266-014-0440-1>.
 37. Lim ZY, Mohan S, Balasubramaniam S, Ahmed S, Siew CCH, Shelat VG. Indocyanine green dye and its application in gastrointestinal surgery: The future is bright green. *World J Gastrointest Surg*. 2023;**15**(9):1841-57. [PubMed ID:37901741]. [PubMed Central ID:PMC10600780]. <https://doi.org/10.4240/wjgs.v15.i9.1841>.
 38. Kim YW, Park HJ, Kim S. Secondary correction of unsatisfactory blepharoplasty: removing multilaminated septal structures and grafting of preaponeurotic fat. *Plast Reconstr Surg*. 2000;**106**(6):1399-404; discussion 405-6. [PubMed ID:11083574]. <https://doi.org/10.1097/00006534-200011000-00030>.
 39. Nakamori S, Kawai K, Dejima A, Natsume S, Ise I, Kato H, et al. Surgical outcomes of a partial or total cystectomy for colorectal cancer invasion of the bladder. *Asian J Surg*. 2024. [PubMed ID:39580288]. <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2024.10.196>.
 40. Perlman SE, Reinhold RB, Nadzam GS. How do family practitioners perceive surgery for the morbidly obese? *Surg Obes Relat Dis*. 2007;**3**(4):428-33. [PubMed ID:17442622]. <https://doi.org/10.1016/j.soard.2006.10.015>.
 41. Wright MA, Weinstein AL, Bernstein JL, Franck P, Lara DO, Samadi A, et al. Muscle Flap Closure following Complex Spine Surgery: A Decade of Experience. *Plast Reconstr Surg*. 2020;**146**(5):642e-50e. [PubMed ID:32826729]. <https://doi.org/10.1097/PRS.00000000000007274>.
 42. Talebidalir M. [Meta-analysis of psychological and social factors affecting the tendency to cosmetic surgery in Iran]. *The Women and Families Cultural-Educational*. 2023;**18**(63):49-82. Persian.
 43. Herandi V, Shahidi A, Haghighi S. [The Relationship Between Interpersonal Emotion Regulation and Social Support with the Tendency Towards Cosmetic Surgery]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2023;**30**(7):1-12. Persian.
 44. Tahmasebi S, Tahmasebi Z, Yaghmaei F. [Factors Associated with the Intention to Undergo Cosmetic Surgeries Based on the Theory of Reasoned Action among Students in Shahrekord]. *Journal of Holistic Nursing and Midwifery*. 2014;**24**(74):53-61. Persian.
 45. Vaseghi S, Javanshiri A, Badelesham MT, Khajevand A. [A Structural Model of Acceptance of Cosmetic Surgery Based on Body Image Satisfaction and Fear of Negative Evaluation, Mediated by Cultural-Informational Attitudes]. *Journal of Psychological Science*. 2024;**24**(1):146-

91. Persian.
46. Danesh Mehr H, Sobhani P. [Embodiment and the Construction of Masculinity: Men's Narratives of the Experience of Cosmetic Surgeries]. *Sociological Studies*. 2021;**58**(29):199-227. Persian.
47. Jafari A. [The Bodies of Women in Post-Revolutionary Textbook Images: Representation and Politics]. *Anthropological Research in Iran*. 2021;**11**(1):41-67. Persian.
48. Samadzadeh E, Abdolvand MA. [Identifying Factors Affecting the Selection of Consumer Compensatory Behavior Strategies in Confronting the Discrepancy Between the Actual Self and the Ideal Self]. *Strategic Management Research*. 2018;**70**(24):91-115. Persian.
49. Mahmoodi Z, Hojjati Zidashti Z. [Effect of Four-Week Exercise Therapy on Pulmonary Complications after Coronary Artery Bypass Surgery in Patients with Obstructive Pulmonary Disease]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2015;**25**(130):62-72. Persian.
50. Boustani D, Pournasiri S. [A qualitative exploration of the phenomenon of cosmetic rhinoplasty (case study: women and men who underwent surgery in Astara)]. *Journal of Social Sciences, Faculty of Letters and Humanities, Ferdowsi University of Mashhad*. 2016;**18**(2). Persian.
51. Abasi B, Moazeni A, Haghighatian M. [Representation of the Semantic System of Tehrani Women Regarding Distinctive Appearance Identities Resulting from Cosmetic Surgeries]. *Strategic Studies on Women*. 2019;**83**(18):105-22. Persian.
52. Mirhosseini SR, Kaveyi B, Aghili SV. [Investigating the Role of Satellite TV Programs Regarding Men's Cosmetic Surgery]. *Media Studies*. 2015;**10**(30):41-50. Persian.
53. Hoseini Pakdehi A, Moradian Y. [The Impact of Commercial Advertising on Attitudes Towards Body Management (Case Study: Citizens Over 40 Years Old in Kermanshah)]. *Cross-cultural studies*. 2016;**11**(29):113-42. Persian.
54. Mousavi SV, Nemati S, Rezaei S. [Mental health status before and after cosmetic rhinoplasty]. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2016;**18**(2):84-90. Persian.
55. Salehi M, Hafezi F, Shahri A. [Persian Development of the Golman Emotional Intelligence Questionnaire in Cosmetic Surgery Applicants Referring to the Beauty Clinic]. *Iranian Journal of Surgery*. 2020;**28**(Spring and Summer):14-24. Persian.
56. Ronagh Sheshkelani M, Ali AP, Lotfi A, Ghavimi M, Pour-naki FA. [Comparison of body image and life satisfaction among patients undergoing cosmetic surgery and candidates for the surgery in maxillofacial department at Imam Reza Hospital in Tabriz]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2018;**25**(8):12-23. Persian.
57. Niknam M, Fararoui M, Kamkar A, Fouladi N, Mohamadi A. [Comparison Of Perfectionism In People Who Have Cosmetic Rhinoplasty Surgery And Control Group In Yasouj City]. *Payavard Salamat*. 2012;**6**(1):52-60. Persian.
58. Ardakan AM. [Predictive factors of seeking cosmetic surgery]. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2014;**4**(60):245-54. Persian.
59. Askari Khanqah A, Mehrbod T. [Anthropological investigation of the concept of facial beauty; A case study of young people aged 20-30 in the 15th district of Tehran]. *IJAR*. 2013;**3**(1):125-09. Persian.
60. Razavi Tousi SM, Azar Homayoon R, Yahak S, Gholami Pour E. [Construction of Health and Medical Messages in Media and Its Impact on People's Awareness]. *Journal of Bioethics*. 2013;**3**(8):43-77. Persian.
61. Sharbatian MH, Mayamei H. [A reflective look at the process of socializing youth for social responsibility]. *Cultural Engineering*. 2013;**73**(18):54-71. Persian.
62. Maleki Zaeem M, Shafei R, Vafaei F. [Media habits and integrated marketing communications: The relationship of media consumption culture and attractiveness of surgery centers]. *Sociology of Culture and Art*. 2024;**6**(2):98-115. Persian.
63. Ahmadi A, Torabi F, Hashemian A, Vaghardoost R. [Assessment of health literacy of cosmetic surgery applicants: A cross-sectional study]. *Health Information Management*. 2023;**20**(3):173-8. Persian.
64. AboKhozima A, Zidan MH, Altabbaa H, Selim A, Alok M, Mourad M, et al. The impact of weight loss after bariatric surgeries on the patient's body image, quality of life, and self-esteem. *Langenbecks Arch Surg*. 2025;**410**(1):24. [PubMed ID:39755894]. [PubMed Central ID:PMC11700042]. <https://doi.org/10.1007/s00423-024-03568-6>.
65. Jafari Z, Movahhed M, Zahedani SSZ, Ghaffari NE. [Men's Cosmetic Surgery in Tehran, A Dialectical Study of Agent and Structure based on Critical Realism]. *Jame Pazhuhiy Farhangi*. 2020;**11**(1):1-31. Persian.
66. Motaghi M, Moghaddam MP. [Investigating the Relationship between Cultural Capital and the Tendency for Cosmetic Surgery]. *Journal of Social Behavior and Community Health*. 2023;**29**(4):167-82. Persian. <https://doi.org/10.18502/jsbch.v7i2.14097>.
67. Gürkan YD, Çakmak R. The relationship between perceptions of cosmetic surgery, social media addiction and social desirability and the influencing factors. *Current Psychology*. 2025;**44**(19):15962-70. <https://doi.org/10.1007/s12144-025-08326-5>.

Research Article

Psychological, Social, and Cultural Factors Influencing Men's Tendency Toward Cosmetic Surgery: A Systematic Review

Amin Zandi ^{1,*}, Azizollah Tajik Esmaeili ¹, Mohammad Hossein Abdollahi ¹, Hassan Reza Zeinabadi ¹

¹University of Kharazmi, Karaj, Iran

*Corresponding Author: University of Kharazmi, Karaj, Iran. Email: a.zandi.khu@gmail.com

Received: 09/12/2025; Accepted: 19/07/2026

Abstract

Background: In contemporary societies, the male body has become an arena for social, occupational, and emotional investment, and the demand for cosmetic surgery among men is growing increasingly.

Objectives: This systematic review aims to identify and synthesize the psychological, social, and cultural evidence related to men's cosmetic surgery and to develop a multi-level conceptual model.

Methods: This study was conducted in accordance with the PRISMA 2020 guidelines and was registered in the PROSPERO database with the code CRD42024567890. A systematic search was performed in international databases (PubMed, PsycINFO, Scopus, Web of Science, Google Scholar) and Persian databases (SID, MagIran, IranDoc) from 1999 to 2025, due to the substantial volume of research published during this period.

Results: Body image dissatisfaction, body dysmorphic disorder, low self-esteem, perfectionism, and immature defense mechanisms were identified as the most significant psychological factors. The proposed conceptual model delineates three key pathways, wherein psychological and media-related variables primarily explain the formation of intention, while structural factors such as accessibility, socioeconomic status, and social stigma play a moderating role in the transition from intention to actual behavior. This model accounts for 51% to 65% of the variance in the intention to undergo or actual engagement in cosmetic surgery.

Conclusion: This systematic review not only fills existing scientific gaps but also provides a suitable theoretical framework for developing more accurate predictive models. It further emphasizes the necessity of preoperative psychological screening, the enhancement of health literacy, and the regulation of advertising at the macro-policy level.

Keywords: Male Cosmetic Surgery, Body Image, Body Dysmorphic Disorder, Masculinity, Systematic Review